الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين

مشيرة فتحى محمد سلامة

ماجستير فى علم النفس

إشراف

أ.د.مايسة أنور المفتى

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

جامعة عين شمس

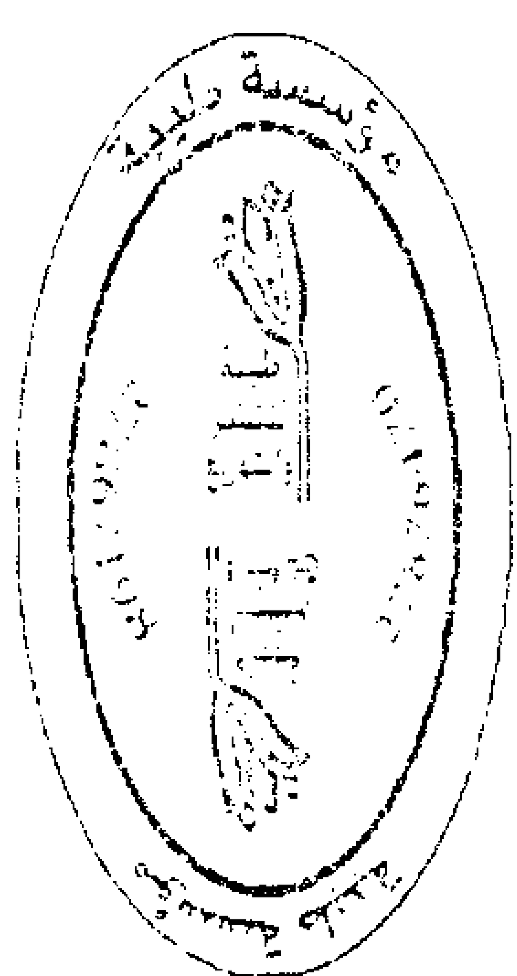
د. منال أحمد شحاتة

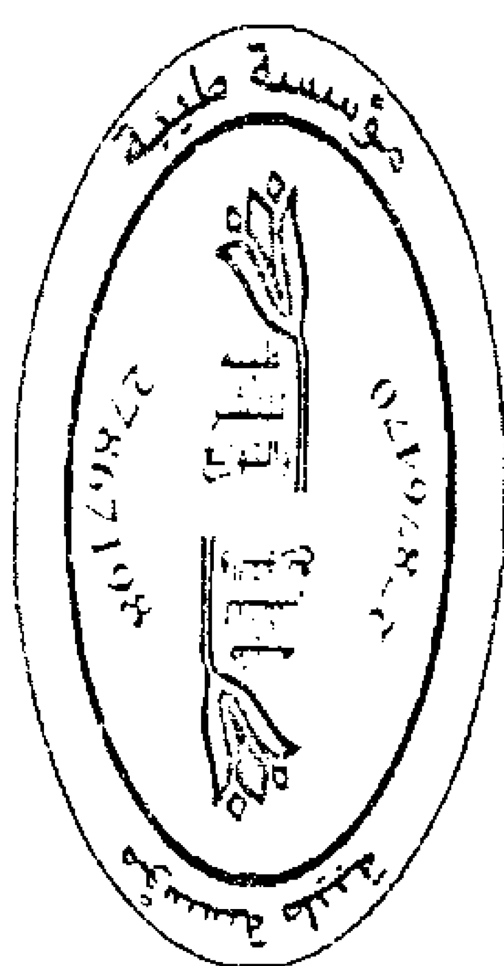
مدرس علم النفس بكلية الآداب

جامعة عين شمس



مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع





الانتباه والمهارات الاجتماعية
لدى الأطفال الذاتويين

مشيره فتحى محمد سلامة
ماجستير فى علم نفس

إشراف

أ- د/ مايسة أنور المفتى
أستاذ علم النفس بكلية الآداب
جامعة عين شمس

د/ منال أحمد شحاتة
مدرس علم النفس بكلية الآداب
جامعة عين شمس

الناشر

مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع

7شارع علام حسين – ميدان الظاهر - القاهرة

ت - 0227876470 /0227867198

فاكس / 0227876471

محمول / 01112155522 – 01091848808- 01006242622

الطبعة الاولى 2014

فهرسة أثناء النشر من دار الكتب والوثائق القومية المصرية

محمد ، مشيرة.

الإنتباه والمهارات الإجتماعية لدى الأطفال الذاتويين /مشيرة فتحى محمد .– ط 1 .–

القاهرة : مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، 2013

281 ص ؛ 24 سم .

تدمك : 0- 287- 431- 977- 978

1 – الأطفال- علم نفس

2- الإنتباه (علم نفس)

أ- العنوان

155.4

رقم الإيداع : 2013/23050

بسم الله الرّحْمَنِ الرّحِيمِ

وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا

صدَقَ الله العَظِيم

الإهداء

إلى الأطفال الذاتويين و آبائهم

إلى القائمين على تدريب الأطفال الذاتويين

إلى كل من يريد أن يعرف عنهم لكي يساعدهم

إلى كل هؤلاء اهدي هذا العمل أملا في الله أن ينفع به هؤلاء الأطفال

المقدمه

تعد الذاتوية (Autism) من أشد الاضطرابات النمائية صعوبة حيث أنها تؤثر على شخصية الطفل بأسرها عقليا واجتماعيا وانفعاليا. فنجد الطفل يواجه العديد من المشكلات ولعل أبرزها اضطراب الانتباه والذي يظهر في نقص استمرار الانتباه، فنجد الطفل لا يستطيع التواصل بالعين عندما يحدثه شخص أخر، كما يجد صعوبة في تحويل انتباهه من مثير إلى أخر، ولا يستطيع غالبية الأطفال الذاتويين معالجة وتكامل المعلومات من خلال الانتباه لمصادر مختلفة في وقت واحد حيث لا يمكن للطفل الذاتوي أن يحدث تكامل ومعالجة لمعلومة ما من خلال الانتباه لمثيرين أو لمصدرين عن هذه المعلومة مثل السمع والبصر في نفس الوقت.

ولهذا نجد أن الاهتمام بتحسين الانتباه لدى الأطفال الذاتويين يجب أن يكون في المرتبة الأولى في برامج التدخل العلاجي انطلاقا من أن كل السلوكيات التي تصدر عن الطفل تقوم في جوهرها على مدى انتباه الطفل.حيث أنه بتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ينتج عنه تغيرات إيجابية في مختلف المهارات الاجتماعية لديهم ولقد استهدفت هذه الدراسة تنمية الانتباه لدى مجموعة من الأطفال الذاتويين من خلال البرنامج السلوكي المقترح والتعرف على تأثير تنمية الانتباه على اكتساب هؤلاء الأطفال بعض المهارات الاجتماعية. وكذلك تصميم مقياس لاضطراب الانتباه ومقياس لتقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويي تكونت عينة الدراسة من 10 من الأطفال الذاتويين (8 ذكور، 2 إناث) من ذوى الذاتوية المتوسطة ممن تتراوح أعمارهم من 4-6 سنوات. وقد تم تطبيق مقياس اضطراب الانتباه (إعداد الباحثة)، مقياس تقدير بعض المهارات الاجتماعية (إعداد الباحثة)، مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة (إعداد شوبلر وآخرون 1988) ترجمة هدى أمين، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي

والثقافي (إعداد محمد خطاب، 2004)، وتنفيذ برنامج تنمية الانتباه على الأطفال الذاتويين المشاركين في الدراسة. ولقد تم استخدام المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة لإجراء قياس قبلي وبعدى لمتغيرات الدراسة بعد تطبيق البرنامج المقترح واستخدمت الباحثة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت لحساب الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القياس القبلي والبعدي. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتقاء الانتباه لدى عينة الأطفال الذاتويين بعد تطبيق البرنامج كما أظهرت النتائج تأثير تنمية الانتباه لدى هؤلاء الأطفال على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية والتي حددتها الباحثة في مهارة التفاعل الاجتماعي ومهارة اللعب، ويتضح مما سبق أهمية تنمية الانتباه في اكتساب المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة هي بحق الأساس لشخصية الإنسان وحياته، لأنها فترة من أهم فترات حياة الإنسان بل هي الدعامة الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية والمستقبلية، فالأطفال هم مستقبل الأمة وقلبها النابض، فأطفال اليوم هم شباب الغد ورجال المستقبل، فلابد من الاهتمام بالأطفال ورعايتهم على أكمل وجه ليس فقط من جهة الأسرة والمدرسة بل من جهة المجتمع بأكمله.

وتتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم في مدى عنايتها بتربية الأطفال بمختلف فئاتهم ويرتكز ذلك في مدى ما تقدمه من عناية واهتمام للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة،لأن إهمال هذه الفئة يؤدى إلى تعرضهم للمزيد من المشكلات التي تضاعف إعاقتهم، والأطفال الذاتويين هم إحدى فئات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، التي يصعب غض الطرف عنها، خاصة في الوقت الحالي والذي تزايدت فيه معدلات هؤلاء الأطفال بدرجة كبيرة، مما يجعل الاهتمام بهذه الفئة والتعرف على التشخيص الأمثل لها، والتعرف على جوانب القصور التي تواجهها، ومحاولة التغلب عليها أمراً حتماً.

لذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالأطفال الذاتويين لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية لمساعدة هؤلاء الأطفال.

وتعد الذاتوية أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وارباكاً وحيرة، لأنها تتضمن انحرافاً في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع. (عبد العزيز الشخص، 2002 : 25).

ويرى هشام عبد الرحمن (2008) أن اضطراب الذاتوية من أشد الاضطرابات النمائية صعوبة حيث أنه خطر صامت يهدد أطفال العالم، ويؤثر على شخصية الطفل بأسرها جسمياً، وعقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً (هشام عبد الرحمن، 2008: 9).

فيظهر على الطفل نقص في الإدراك، وصعوبة في فهم الآخرين، وصعوبات في التعليم، ويعجز عن فهم العالم من حوله، وتظهر في سلوكياته الكثير من التكرارية والنمطية والحركات غير الهادفة والعشوائية.

وقد تزايدت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب بين الأطفال في الأونة الأخيرة على مستوى العالم.

ففي عام 2006 أعلنت الجمعية الأمريكية للأوتيزم أنه يولد طفل يصاب بالذاتوية من بين 150 مولود وفي عام 2008 أعلن مركز مكافحة الأوتيزم الأمريكى أنه يولد طفل يصاب بالذاتوية كل 20 دقيقة كما أعلن أيضا عام 2009 في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة الإصابة بالذاتوية تساوى مجموع نسبة الإصابة بكل من السكر والسرطان والإيدز لدى الأطفال وفي نفس العام أعلنت الجمعية الأمريكية للأوتيزم بأن عدد المصابين بالذاتوية على المستوى العالمي وصل إلى 35 مليون تقريبا مصاب بالذاتوية معظمهم من الأطفال، وفي عام 2010 أعلنت الجمعية الأمريكية للأوتيزم أن كل 40 حالة ولادة يصاب منهم طفل بالذاتوية. (هشام عبد الرحمن، 2011: 1، 2) مما يشير إلى أن نسبة الذاتوية من عام 2006- 2010 قد زادت بمعدل 3 % مما يؤكد خطورة هذا الاضطراب بالنسبة لأطفال العالم جميعا.

كما نجد أنَ الأطفال الذاتويين يعانون من اضطراب الانتباه والذي يظهر في نقص استمرار الانتباه، فنجدهم لا يستطيعون التواصل بالعين عندما يحدثهم شخص آخر، ولهذا يستمر سلوك تجنب الحملقة بالعين لدى هؤلاء الأطفال

أثناء سنوات الدراسة.(Parmelee, 1996, 53) كما يجدون أيضا صعوبة في تحويل انتباههم من موضوع إلى آخر ومن نشاط إلى آخر فمثلاً قد ينتبه طفل ذاتوى إلى شرح معلمته وهى تتحدث ولكن عندما تنتقل المعلمة لكتابة شيء على السبورة فان هذا الطفل يجد صعوبة بالغة في تحويل انتباهه من المثير السمعي إلى المثير البصري. وهنا نجد أن لديه صعوبة في الانتباه التحويلي.كما يجدون صعوبة في الإبقاء على انتباههم لمثير ما فترة كافية لفهم هذا المثير إلا إذا كان هذا المثير يدخل في نطاق اهتماماتهم فمن الممكن في هذه الحالة أن تمتد الفترة الخاصة بالانتباه لهذا المثير لفترة طويلة، قد تصل في بعض الأحيان إلى عدة ساعات.

ولا يستطيع غالبية الأطفال الذاتويين معالجة وتكامل المعلومات من خلال الانتباه لمصادر مختلفة في وقت واحد حيث لا يمكن للطفل الذاتوي أن يحدث تكامل ومعالجة لمعلومة ما من خلال الانتباه لمثيرين أو لمصدرين عن هذه المعلومة مثل السمع والبصر في نفس الوقت (Dodd, 2005, 51).

وقد اكدت العديد من الدراسات ما ذكرته Dodd, 2005 مثل دراسة كل من:

Garretson et al, 1990
Mundy et al, 1990; Casey et al, 1993; Burack, 1994; Cresielski et al, 1995; Townsend et al, 1996; Singr, 1997; Pierce et al, 1997 ; Anderson, 1998 ; Leekam et al, 2000; Reginald & Bryson, 2004; Landry et al, 2009]

وهذا يوضح أن هناك اضطرابات عديدة في الانتباه لدى الأطفال الذاتويين مما يؤدى إلى الإخفاق في الحصول على الكثير من المعلومات عن المثيرات الخارجية، فبدون الانتباه يبدو الطفل كالأعمى والأصم، فلا يعير الآخرين أي اهتمام ولا يلتفت لأصواتهم أو إشاراتهم. وهذا ما يظهر على الأطفال الذاتويين (اللامبالاة السمعية والبصرية على الرغم من أنهم ليسوا صما ولا عميانا) مما يتولد عنه أثار سلبية عميقة على كل مناحي النمو لدى هؤلاء الأطفال وهذا يتطلب بالضرورة علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، حيث يمكن للعلاج السلوكي أن يقلل من أعراض اضطراب الانتباه لديهم.

ويؤكد المتخصصون في هذا المجال أن الاهتمام بتحسين الانتباه لدى الأطفال الذاتويين يجب أن يكون في المرتبة الأولى في برامج تدريبهم انطلاقاً من أن كل السلوكيات التي تصدر عن الطفل تقوم في جوهرها على مدى انتباه الطفل.

وتؤكد نتائج الدراسات أنه بتقوية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ينتج عنه تغيرات إيجابية في مختلف المهارات الاجتماعية والمعرفية لديهم (علا عبد الباقي، 2011: 72، 73)

ونجد أن اضطراب الذاتوية يمثل عائقاً منيعاً يحول دون انخراط الأطفال الذاتويين في تفاعلات وعلاقات اجتماعية إيجابية فعالة، سواء مع أقرانهم أو مع الكبار والصغار من المحيطين بهم، الأمر الذي لا يكفل لهم القسط الأدنى من المهارات اللازمة للتفاعل مع الآخرين ومن أشكال الاضطرابات التي يعانيها الأطفال الذاتويين في الجانب الاجتماعي القصور الشديد في المهارات الاجتماعية والذي يتضح في نقص إدراك وجود الآخرين، وصعوبة المبادءات اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع، وعدم الارتباط بالآخرين، وقلة التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة، والافتقار إلى فهم أفكار ومشاعر الآخرين، وعدم التواصل بالعين، وصعوبة فهم الإشارات الاجتماعية مثل لغة الجسم والإيماءات وتعبيرات الوجه.

ونجد إن فقدان الطفل للمهارات الاجتماعية يؤثر بشكل مباشر على الارتقاء التواصلي لديه ويتضح ذلك من خلال الملاحظة المباشرة للأطفال الذاتويين حيث إننا نجدهم يستخدمون أشكال تواصلية غير سوية، فهم يعتمدون على الصراخ للتعبير عن احتياجاتهم كما أنهم قد يصحبون الفرد للشيء الذي يرغبون في الحصول عليه.

وقد أوضحت العديد من الدراسات إن القصور في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين يعد محور رئيسي يجب التعامل معه عند تناول هؤلاء الأطفال بالدراسة والبحث ومن هذه الدراسات دراسة:

Kasari et al, 1993; Mundy et al, 1994; Lord & Pickles, [Buitelaar et al, 1991; 1996; Leekam et al, 1997; Sigman, 1998; Ruple, 2001]

كما نجد أن قصور المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال يزيد من تلك العقبات التي تصادفهم في سبيل تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين. الأمر الذي يجعلهم غير قادرين على الاندماج في اللعب الجماعي أو الأنشطة الجماعية، مما يدفع بهم إلى الانسحاب بعيدا عن الآخرين وعدم الاندماج معهم. وبذلك يتضح إن قصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين يسبب الكثير من أشكال سوء التوافق لدى هؤلاء الأطفال، الأمر الذي جعل الحاجة ماسة لاستخدام بعض الأساليب والبرامج التي تساعدهم على اكتساب المهارات الاجتماعية، كي يستطيعوا التفاعل بصورة إيجابية مع المحيطين بهم، مما يؤدى إلى تحسين جودة الحياة لديهم.

ويعتبر الانتباه من أهم العمليات التي تساعد في تفاعل الفرد واتصاله بالبيئة المحيطة به، وتظهر عملية الإحساس في هذا التفاعل والاتصال، إلا أن الفرد لا يمكنه إن يحس بكل التغيرات المحيطة به، وذلك لاختلافها في الشدة، وهنا يظهر دور الانتباه (اشرف محمد، ورحاب محمود، 2007: 9).

فالانتباه هو الخطوة الأولى في اتصال الفرد ببيئته ولذلك يعتبر من العمليات الهامة في اتصال الفرد بالبيئة المحيطة به كما إنه عملية هامه وأساسية بالنسبة لعملية التواصل مع الآخرين والمجتمع بصفه عامه فبدون الانتباه لما استطاع الإنسان أن يدرك ما حوله، لذا فإن تدريب هؤلاء الأطفال على مهارة الانتباه جانب ضروري جدا للعمل على تحسن المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.

مشكلة الدراسة:

نبع إحساس الباحثة بمشكلة الدراسة الحالية من خلال عملها مع الأطفال الذاتويين فقد لاحظت انتشار اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين حيث وجدت أن هذا الاضطراب يؤثر سلباً على هؤلاء الأطفال ويعيقهم عن التعلم حيث يكون تركيزهم على شيء واحد ولو لفترة قصيرة أمراً صعباً، ويؤيد ذلك دراسة كلا من سنجر Singer (1997)، وسيجمان (1998) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في تواصل الانتباه كما أنهم يجدون صعوبة في توجيه الانتباه لذلك فان تركيز الانتباه لديهم يعد من أهم مهارات الاستعداد للتعلم على الإطلاق والتي يجب على الطفل أن يتعلمها قبل أي مهارة آخرى...... فالطفل الذي يتململ في مقعده، والطفل الذي يهيم ببصره أو بتفكيره طوال الوقت في محتويات الحجرة، والطفل الذي لا يستجيب لمن يناديه باسمه، هم جميعا ليس لديهم أي استعداد للتعلم فلكي يبدأ الطفل فعليا في التعلم، فانه يجب أن ينتبه أولاً للشيء الذي سيتعلمه ولا يلتفت لأي شيء آخر، فهو يجب أن ينظر إليك، ويستمع لما تقوله (بروس باكر، والان برايتمان، 2007 : 113).

ويعد اضطراب الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعا بين هؤلاء الأطفال وتبين أن نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه (5,7%) من مجموع الأطفال في المرحلة الابتدائية، وأنه يكثر بين المعاقين عنه بين العاديين. (أشرف محمد، ورحاب محمود، 2007: 12) ونجد أن العجز في مهارات الانتباه المشترك يميز من 80- 90 % من الأطفال الذاتويين عن الاضطرابات الآخرى، فالأطفال الذاتويين يظهرون عجزاً في كلاً من سلوكيات الاستجابة والمبادأة بالانتباه للآخرين في سن ما قبل المدرسة، فهم يفشلون في توجيه الانتباه إلى كلام الآخرين أو المنبهات الاجتماعية، ويظهرون عجزاً في القدرة على متابعة النظر إلى

شخص آخر وغالباً ما يفشلون في النظر إلى حيث يشير الآخرون. ويرتبط العجز في مهارات الانتباه المشترك بالعديد من التأثيرات السلبية على مظاهر النمو المختلفة لدى الأطفال الذاتويين، التي تشمل النمو اللغوي والاجتماعي وتعلم مهارات اللعب بل أن المشكلات التي تتعلق بالانتباه المشترك والتواصل لدى الأطفال الذاتويين تمثل العجز الأساسي في الذاتوية (خالد سعد،2009: 147، 148).

ولا يتمكن الأطفال من اكتساب مهارة الانتباه بمفردهم ولكن يجب العمل على تدريبهم من خلال جذب وشد انتباههم للشيء المراد الانتباه إليه وتدريبهم على تحويل انتباههم من شيء لآخر، مع تشجيعهم على التركيز الإرادي على القيام بنشاط محدد لفترة محددة والعمل على زيادة الفترة الزمنية التي ينتبهون فيها حتى يتمكنوا من اكتساب هذه المهارة. (حياة المجادى، 2001: 84)

و بذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

ما مدى فاعلية برنامج سلوكي في تنمية الانتباه على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين ؟

وهذا السؤال الرئيسي يتفرع منه هذان التساؤلان وهما:

- إلى أي مدى يؤدى البرنامج المقترح إلى تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين؟
- هل تؤدى تنمية الانتباه بفعل البرنامج المقترح إلى اكتساب الأطفال الذاتويين بعض المهارات الاجتماعية؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلى:

- تنمية الانتباه من خلال البرنامج المقترح.
- التعرف على أثر تنمية الانتباه على اكتساب الأطفال الذاتويين بعض المهارات الاجتماعية.
- تصميم برنامج يهدف إلى تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

- تصميم مقياس لتقدير بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.
- تصميم مقياس لقياس اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

اهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الجانب الذي تتصدى لدراسته حيث انها تسعى لدراسة فاعلية برنامج سلوكي في تنمية الانتباه على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين، ولاشك أن هذا الجانب ينطوي على اهمية كبيرة سواء من الناحية النظرية أو الناحية التطبيقية.

الأهمية النظرية:

- إلقاء الضوء على الأطفال الذاتويين باعتبارهم فئة خاصة تستحق المزيد من الاهتمام، بدراسة خصائصهم الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية.
- تتناول الدراسة بالبحث جوانب هامة جداً من جوانب اضطراب الذاتوية ألا وهما اضطراب الانتباه والمهارات الاجتماعية ومحاولة التغلب على هذه الاضطرابات.
- تتناول الدراسة بالبحث إمكانية تنمية الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الذاتويين من خلال برنامج سلوكي مقترح.

الأهمية التطبيقية:

- توفير مقياس لقياس اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين يساعد العاملين في هذا المجال على التعرف على مدى اضطراب الانتباه لدى هؤلاء الأطفال.
- توفير مقياس لتقدير المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين يمكن من خلاله التعرف على أداء هؤلاء الأطفال في هذه المهارات.
- السعى إلى التغلب على اضطراب الانتباه من خلال البرنامج المقترح.

• تحاول سد النقص في مجال البرامج المقدمة للأطفال الذاتويين والخاصة بتنمية الانتباه من خلال توفير برنامج لتنمية الانتباه.

مصطلحات الدراسة:

(1) الذاتوية Autism

يعتبر اضطراب الذاتوية خللا في النمو العام للطفل، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، وينتج هذا الخلل من اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ. فيلاحظ على الطفل قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، والنمو الادراكى، والتواصل وفهم اللغة وتأخر شديد في اكتسابها ونقص في القدرة على التخيل والتصور وضعف الاهتمامات، وتدهور شديد في العلاقات الاجتماعية، ويبدي الطفل عزوفا بمن حوله حتى مع الوالدين والإخوة، وتصدر منه حركات متكررة لا يغيرها. ويطلق على هذا الاضطراب " الاضطراب النمائي الشامل أو المنتشر" لأنه يتضمن خللا في جميع جوانب النمو، فيشمل الانتباه، والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية، والاتصال بالواقع والمهارات الحركية والسلوكية (علا عبد الباقي، 2011: 19).

(2) الانتباه Attention

هو عملية معرفية لها سعة محددة تتمثل في قدرة الفرد على التركيز على المثيرات الهامة وتجاهل المثيرات الغير هامة مما ينتج عنه إدراك وفهم جيد للمثيرات الهامة.

أما اضطراب الانتباه فيُعَرَّف بأنه صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة (زينب شقير، 2002: 74).

وتعرفه الباحثة: بأنه عدم قدرة الطفل على تركيز الانتباه على المثيرات الهامة ذات العلاقة بالموقف وانشغالة بالمثيرات المشتتة.

(3) المهارات الاجتماعية Social Skills

هي مجموعة من السلوكيات المكتسبة التي تمكن الطفل من التفاعل الايجابي مع الآخرين وتعطيه القدرة على أن يدرك ما يصدر عنه من سلوكيات بشكل صحيح يساعده على حسن التصرف في مواقف التفاعل الاجتماعي وأن يكون قادراً على تعديل سلوكه والتحكم فيه بما يتناسب مع المواقف المختلفة ومعايير المجتمع.

(4) البرنامج Program

هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة المتنوعة التي تهدف إلى تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين مما يؤدى إلى اكتساب هؤلاء الأطفال بعض المهارات الاجتماعية.

(5) الطفل الذاتوي Autistic Child

هو الطفل الذي يعانى من اضطراب في النمو يترتب عليه قصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي، التواصل، اللعب و الاهتمامات والأنشطة، بالإضافة إلى التأخر في النمو المعرفي واللغوي والانفعالي، ويكون ذلك مصحوباً بسلوكيات نمطية غير مقبولة اجتماعياً، ويحدث ذلك قبل عمر ثلاثة سنوات.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية:

أ- الحدود المكانية:

يتحدد مجال البحث الحالي من خلال اختيار مجموعة من الأطفال الذاتويين الذين يعانون من اضطراب الانتباه، المترددين بصفة دائمة على مركز ذوى الاحتياجات الخاصة التابع لمعهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس.

ب- العينة المستخدمة:

تشتمل عينة الدراسة على (10) من الأطفال الذاتويين من ذوى الذاتوية المتوسطة حيث يتراوح مستوى الذاتوية لديهم ما بين 31-38 درجة على مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة (إعداد: شوبلر وآخرون، 1988) مقسمين إلى 8 أطفال ذكور- 2 إناث ويتراوح العمر الزمني لأفرادها ما بين 4- 6 سنوات بمتوسط عمري قدره 65 شهر مع مراعاة تجانس العينة من حيث درجة الذاتوية والعمر الزمني والمستوى الاقتصادي و الاجتماعي والثقافي للأسرة.

ج- حجم البرنامج:

يبلغ عدد جلسات البرنامج 72 جلسة لكل طفل استغرق تطبيقها ستة اشهر (24 أسبوع بواقع 3 أيام في الأسبوع)، بحيث يتلقى الطفل 3 جلسات أسبوعيا (زمن الجلسة 30 دقيقة) حيث يصل عدد ساعات التدريب خلال ستة أشهر إلى 35 ساعة لكل طفل. أى تكون الباحثة قد قامت بتدريب أفرد العينة وعددهم عشرة أطفال مدة 350 ساعة على مدار ستة أشهر.

د- منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة، حيث يمثل برنامج تنمية الانتباه المتغير المستقل بينما يمثل اكتساب المهارات الاجتماعية المتغير التابع وعلى ذلك يطبق البرنامج (المتغير المستقل) على عينة الدراسة لملاحظة أثره على المتغير التابع (اكتساب المهارات الاجتماعية) للتعرف على مدى التحسن الذي طرأ على عينة الدراسة.

هـ- أدوات الدراسة:

مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة The Childhood Autism Rating Scale (Schopler. et al, 1988) (CARS) (ترجمة هدى أمين، 2004)

مقياس الطفل الذاتوي (أعداد: عادل عبدالله، 2002).

مقياس تقدير المهارات الاجتماعية (إعداد الباحثة).

مقياس اضطراب الانتباه (إعداد الباحثة).

برنامج تنمية الانتباه (إعداد الباحثة).

استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة (إعداد: محمد خطاب، 2004).

وبانتهاء هذا الجزء تكون الباحثة قد انتهت من عرض الفصل الأول الذى اشتمل على المقدمة، مشكلة الدراسة، أهدافها، أهميتها، وحدود الدراسة التى تضمنت الحدود المكانية، العينة المستخدمة، حجم البرنامج، المجال المنهجى ومتغيراته، الأدوات المستخدمة والفصل القادم تنتقل فيه الباحثة لعرض الجوانب النظرية للدراسة.

الفصل الثاني

الجوانب النظرية

الفصل الثاني

الجوانب النظرية

أولاً: الذاتوية

تمهيد:

تعد الذاتوية إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة وهى من أكثر هذه الاضطرابات شده من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعانى منها وذلك لأن تأثيرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفة منها الجانب الاجتماعي والجانب المعرفي والجانب الانفعالي مما يؤدى بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية الارتقائية بأسرها.

ولكي نفهم الذاتوية لابد أن ننظر إليها نظره تاريخية فلقد مرت بتطورات عديدة منذ اكتشافها وحتى الآن ورغم ذلك مازالت يكتنفها الكثير من الغموض.

نظره تاريخية:

يرجع اكتشاف هذا النوع من الاضطراب إلى عام (1943) على يد ليو كانر (Leo kanner)، حيث كان كانر يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المعاقين عقلياً بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم معاقين عقلياً حيث كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح ذاتوية الطفولة المبكرة(عبد الرحمن سليمان، 2002 : 7).

ويشير لويس مليكه (1998) إلى أن اضطراب الذاتوية من أكثر الاضطرابات التي تعددت مسمياتها في فترة قصيرة وأوضح أن مصطلح الذاتوية لم يظهر بصورة مستقلة في الطبعة الأولى (1952) أو الطبعة الثانية (1968) من دليل

التشخيص الإحصائي وإنما تم تصنيف هذه الإعاقة في هاتين الطبعتين على أنها نوع من الفصام الطفولى (لويس مليكه، 1998 : 259).

ولقد بدأ الاعتراف بالذاتوية كاضطراب مستقل وليس كنوع من الفصام الطفولى أو ذهان الطفولة المبكرة منذ عام (1978) مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان الذاتوية الطفلية (رشاد عبد العزيز، 2002 : 387).

كما ظهر مصطلح الذاتوية لأول مرة في دليل التشخيص الإحصائي من خلال الطبعة الثالثة عام (1980) باسم الذاتوية الطفلية تحت فئة تصنيفية جديدة للاضطرابات هي اضطرابات ارتقائية عامة. وفي عام1987 ظهر دليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل الذي حاول معالجة بعض ثغرات الدليل الثالث فظهرت محكات جديدة للتشخيص تضع في اعتبارها العمر الزمني ومستوى الارتقاء، وفي هذا التعديل ظهر مصطلح جديد للذاتوية هو الاضطراب الذاتوى بدلاً من مصطلح الذاتوية الطفلية الذي كان يستخدم في الدليل الثالث. (Volkmar, 1998, 9, 10)

وفي عام (1994) ظهر دليل التشخيص الإحصائي الرابع الذي أبقى على مصطلح الاضطراب الذاتوي تحت فئة الاضطرابات الارتقائية العامة كما كان مستخدما في الدليل الثالث المعدل عام (1987)(Siegel, 1996, 10) .

ومنذ اكتشاف كانر لاضطراب الذاتوية فان البحوث والدراسات الخاصة بهذا الاضطراب والمرضى المصابين به لم تتوقف. ومما يؤكد الاهتمام بهذا الأمر هو إنشاء العديد من الجمعيات لرعاية مرضى الذاتوية، المطالبة بحقوقهم مثل الجمعية الوطنية لأطفال الذاتوية في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك إصدار مجلة متخصصة في بحوث الذاتوية وهى Journal of Autism and Developmental Disorders وهذا الأمر لا يعود إلى الاهتمام بهؤلاء المرضى فقط

ولكنه يشير أيضا إلى السعي لمعرفة حقيقة هذا المرض. (إلهامى عبد العزيز، 2001: 146)

تعريف الذاتوية

بالنسبة لمصطلح Autism لم يتم الاتفاق على مصطلح عربي موحد للتعبير عنه فهناك من ترجمه بالذاتوية. وفي هذا الأمر يشير أيمن جيره (1984) إلى أن زيور قد اقترح تسمية هذا المصطلح لأول مره بالذاتوية ومن الباحثين الآخرين الذين ترجموا هذا المصطلح بالذاتوية نجد (فرج طه وآخرون 1993)، (هدى أمين 1999)، (السيد عبد العزيز 1999)، (سهام على 1999)، (إلهامى عبد العزيز 2001)، (محمد إبراهيم 2003)، (عبد الحليم 2004)، (هاني السيد 2005)، (أم كلثوم 2006)، (أميره عمر 2007)، بينما ترجم بعض الباحثين هذا المصطلح بالتوحد (عبد المنان ملا معمور 1997)، (هالة كمال فؤاد 2001)، (سهى أحمد 2001)، (نادية إبراهيم 2002)، (عادل عبد الله 2002)، (محمد خطاب 2004) (نسرين على 2005) (ايمن فرج 2006)، (أشواق محمد 2007) ومن يترجمونه بالاجترارية ، (كمال دسوقي 1988)، (عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطى 1992) على حين ترجمة البعض بالأوتيسية (عمر بن الخطاب 1994)، (رشاد عبد العزيز 2002) وكذلك ترجمة البعض بالانغلاق النفسي (عبير المهدي 1998)، (ماجد عمارة 1999).

ومصطلح Autism لفظ مشتق من أصل يوناني وهو مكون من مقطعين الأول "Aut" وتعنى الذات والثاني "Ism" وتعنى حالة وبذلك يعنى هذا المصطلح حالة الذات ويشير إلى الانشغال الشديد للأطفال المصابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين. (Dodd, 2005, 1)

ولذلك سوف تلتزم الباحثة في الدراسة الحالية بالترجمة العلمية والصحيحة لمصطلح Autism وهى الذاتوية، وإذا انتقلنا من تعريب وترجمة هذا

المصطلح إلى التعريفات الخاصة به فسنجد الكثير من التعريفات نوجز أهمها فيما يلي:

تعريف بارترشيا هولن (Patricia Howlin, 1995) فتعرف الذاتوية أنها إحدى اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويعيش الطفل منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أوفي ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. (عثمان فراج، 2002 : 52).

ووفقا لسيجل (Siegel, 1996) فإن الذاتوية هي اضطراب ارتقائي يجعل الطفل يرى العالم من خلال عالمه الخاص ويعاني الأطفال الذاتويين من قصور في عملية التفاعل الاجتماعي والانتباه للآخرين (Siegel, 1996, 9) .

ويرى إسماعيل بدر (1997) أن الذاتوية هي اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (إسماعيل بدر،1997: 729) .

ويشير أحمد عكاشة (1998) إلى الذاتوية أنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يعرف:

1- بوجود ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.
2- بنوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات الثلاث الآتية:
   ا- التفاعل الاجتماعي.
   ب- التواصل.

ج- السلوك المحدد المتكرر.

وبالإضافة إلى هذه السمات الشخصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى غير محددة مثل الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات. (أحمد عكاشة، 1998 : 624)

ويعرفها ماجد عمارة (1999) بأنها حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات التواصل البصري وتتميز لغته بالاضطراب الشديد. (ماجد عمارة، 1999 : 10)

ويرى كوريسنى (Corsini, 1999) إن الذاتوية اضطراب ارتقائي يتميز بقصور في عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي كما يتميز بالنشاط والاهتمام النمطي المتكرر ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن الثالثة من العمر(Corsini, 1999, 82) .

ويعرفها دينس وآخرون (Dennis et al, 1999) انها مجموعة اضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعي واضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل وانغلاق الذات وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية. (Dennis et al, 1999, 2)

كما يعرفها جليبرج وكولمان (Gillberg & Coleman, 2000) بأنها زملة أعراض سلوكية ارتقائية معقده تنتج عن أسباب بيولوجية متعددة وهذه الأعراض ترتبط بجوانب سلوك التفاعل الاجتماعي والجوانب المعرفية (Gillberg & Coleman, 2000, 2)

وتشير نادية إبراهيم (2000) إلى الذاتوية كاضطراب يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كيفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة، ومخزون محدود أو نمطي ومتكرر في انماط تواصله. (نادية إبراهيم، 2000 : 7)

ويرى عبد العزيز الشخص (2002) أن الذاتوية تعد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وإرباكاً وحيرة، لأنها تتضمن انحرافاً في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية. (عبد العزيز الشخص، 2002 : 25)

ويعرف عثمان فراج (2002) الذاتوية بأنها حالة اضطراب ذاتي بيولوجى عصبي، يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكونها بما يؤثر سلبا مستقبلا على بناء الشخصية. (عثمان فراج،2002: 49)

ويشير محمد على (2003) إلى أن الذاتوية إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وقد تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ وبالتالي في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية (محمد على، 2003: 5) .

أما كولمان (Colman, 200 3) فيصف الذاتوية بأنها إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر. (Colman, 2003, 68)

وترى هيل (2004) أن الذاتوية اضطراب نمائي يتميز بقصور في التفاعلات الاجتماعية وسوء التكيف مع متطلبات الحياة، فهو اضطراب مزمن يستمر مع الشخص مدى الحياة. (Hill, 2004, 1)

ويشير أتكن وآخرون (Etkin et al, 2005) إلى أن الذاتوية اضطراب ارتقائي عام شديد يتميز بقصور في عملية الاتصال الاجتماعي ونقص في مستوى الذكاء

ونمو اللغة مع وجود طقوس سلوكية قهرية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات واستجابات شاذة عند التفاعل مع البيئة المحيطة ويبدأ ظهوره قبل سن الثالثة. (Etkin et al, 2005, 419)

من خلال العرض السابق الخاص بتعريف الذاتوية يمكن أن نستخلص تعريفاً للذاتوية يتمثل في أن الذاتوية هي "إحدى الاضطرابات الارتقائية الشاملة التي تتميز بقصور واضح في القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي وقصور في الجوانب المعرفية كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات السلوكية النمطية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام ويظهر هذا الاضطراب قبل سن الثالثة من العمر".

تعريف الطفل الذاتوى:

يعرفه كمال دسوقي (1988) بأنه الطفل البالغ الانسحاب من العالم المحيط به الذي قد يمضى ساعات طويلة يلعب بأصابعه أو بقطع الورق ويبدو عليه أنه ضائع في عالم الخيالات الباطن(كمال دسوقي، 1988: 152).

ويرى عبدالرحمن سيد (2001) أن الطفل الذاتوي هو ذلك الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبة، كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة. ومن خصائصه الآخرى لامبالاته إزاء الوالدين والآخرين وعجزه عن تحمل التغيير وعيوب النطق. (عبدالرحمن سيد، 2001: 20)

ويذكر محمد إبراهيم (2003) أن الطفل الذاتوي هو أحد الأطفال غير العاديين وهو من فقد الاتصال بالآخرين وهو منسحب تماماً ولديه انماط سلوكية غير مقبولة. (محمد إبراهيم،2003: 7)

ويرى محمد خطاب (2005) أن الطفل الذاتوى هو طفل يعانى من اضطراب واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصليها لآخرين وهذا الاضطراب يفضى

إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة والوسط الاجتماعي المحيط به (محمد خطاب، 2005: 85) .

ويشير سعد رياض (2008) إلى الطفل الذاتوى بأنه الطفل الذي يبدو مثل الحاضر الغائب، فهو حاضر جسديا ولكنه غائب في عالمه الخاص، وتجد نظراته تنفذ من خلال الآخرين ولكنها لا تتوقف عليهم ولا يبدو عليه انه يهتم أو يشعر بمن حوله (سعد رياض،2008 : 7، 8).

من خلال العرض السابق الخاص بتعريف الطفل الذاتوي يمكن أن نستخلص تعريفاً للطفل الذاتوي يتمثل في أنه الطفل المنسحب من العالم المحيط به ويعانى من اضطراب في النمو يترتب عليه قصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي التواصل، اللعب والاهتمامات والأنشطة، بالإضافة إلى التأخر في النمو المعرفي واللغوي والانفعالي، ويكون ذلك مصحوباً بسلوكيات نمطية غير مقبولة اجتماعياً، ويحدث ذلك قبل عمر ثلاثة سنوات.

◆التعريف الإجرائي للطفل الذاتوي:

هو الطفل الذي سبق تشخيصه بالذاتوية من قبل طبيب الأمراض النفسية والعصبية وتنطبق عليه معايير تشخيص الذاتوية كما حددها دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي الصادر عام2011 مع أربعة عشر بندا على الأقل من بنود مقياس الطفل التوحدى إعداد عادل عبدالله عام 2002.

معدل انتشار الذاتوية

يشير سعد رياض (2008) إلى أن معدل انتشار الذاتوية يقدر بحوالى 30 : 40 حاله ذاتوية لكل 100 ألف طفل. في حين حدد المركز القومي للأطفال والشباب ذوى الإعاقات أن نسبة انتشار الذاتوية تتراوح ما بين 5 : 15 حاله ذاتوية لكل 10 الاف طفل اما مركز الأبحاث في جامعة كامبردج فقد أصدر تقريرا بازدياد

نسبة مرض الذاتوية حيث أصبحت 75 حاله في كل 10 الاف طفل من عمر 5 : 11 سنة وتعتبر هذه النسبة كبيرة عما كان معروف سابقا. (سعد رياض، 2008 : 11)

وتشير الإحصاءات إلى ارتفاع نسبة الأطفال المصابين بالذاتوية لتصل إلى طفل واحد من 150 طفلاً. (أحمد نايل وبلال احمد، 2009 : 61)

ويزداد انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص(محمد على، 2005 : 5).

وهناك إحصائية لمركز البيت المتأمل للأطفال Thoughtful House Center for Children في أخر عام 2007 أن عدد الحالات المشخصة بالذاتوية في ولاية منيسوتا 1 لكل 81 طفل وفي ولاية أورجن 1 لكل 88 طفل وفي ولاية نيوجيرس 1 لكل 115 طفلاً وذلك على مستوى أطفال المدارس(www.statemaster.com.fightingautism).

وقد أصدر مركز مقاومة الامراض والوقاية بالولايات المتحدة (1999) إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة الف شخص بالولايات المتحدة يعانون من الذاتوية وقد جعل معدل الانتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث الاضطرابات النمائية شيوعا متخطيا بذلك زملة أعراض داون. كما أن الذاتوية وما يرتبط بها من اضطرابات تحدث تقريبا لدى ستين حالة من بين كل عشرة الاف حالة ولادة في الولايات المتحدة.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للذاتوية (1999) Autism Society of America أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة تبلغ 0.06 % ويرى كندول (2000 Kendall,) أن نسبة انتشار الذاتوية في اليابان تعد أعلى من مثيلتها في أي دولة آخرى من دول العالم حيث تتراوح بين 0.13 %- 0.16 % في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة 0.01 % أما الصين فتعد أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها 0.004 % ومع ذلك فان نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن. (عن عادل عبدالله، 2002: 30، 31)

وفي إحصائية لكلية الصحة العامة وعلومها بجامعة البلمند ببيروت العدد 37 لعام 2003، أشارت إلى وجود حالة ذاتوية في كل مائة مولود. وأما عن انتشار اضطراب الذاتوية في مصر تشير بعض الإحصائيات أنه يوجد حوالي 300000 ثلاثمائة ألف مصاب به من الأطفال والكبار.

(علا عبد الباقي، 2011: 30- 33)

الفروق بين الجنسين

يؤكد كل من هربرت (1998) ومحمد على (2005) وسعد رياض (2008) أن نسبة إصابة الذكور باضطراب الذاتوية تزداد عن الإناث وتبلغ هذه النسبة 4: 1 ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية كما أنه لا يتأثر بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لإفرادها.

(Herbert, 1998, 227) ، محمد على2005: 5)، (سعد رياض، 2008: 11)

الذاتوية والمستوى الاقتصادي الاجتماعي:

يشير عبدالرحمن العيسوى (1999) انه لا توجد فروق بين السلالات البشرية في الإصابة بهذا الاضطراب حيث أنه يصيب أبناء جميع الطبقات والمستويات الاجتماعية وأنه لا يتأثر بالمستوى الاقتصادي لأسر المريض أو مستوى الدخل ولا يتأثر أيضا بأسلوب حياة الأسرة ومستواها التعليمي(عبدالرحمن العيسوى، 1999: 369).

الأعراض المميزة للطفل الذاتوى:

هناك بعض المؤشرات المبكرة التي يمكن ملاحظتها على الطفل الذاتوى فنجد أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة والتي يمكن أن نميزها في أمرين أساسين كالتالي:

أولا: الأعراض المميزة للطفل الذاتوى خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة:

- يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
- لا يبالى بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.
- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال رسم العضلات.
- لا يبكى إلا قليلا ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال تلك الفترة من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره.
- يكون خلال هذه الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
- لا يبتسم إلا نادراً.
- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائما ما تكون متوقعة.
- لا يبدى الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانيا: الأعراض المميزة للطفل الذاتوى في النصف الثاني من العام الأول من العمر:

- لا يبدى الطفل أي اهتمام بالألعاب الجماعية.
- لا يبدى الطفل أي إنفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.
- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- تكون ردود فعله للمثيرات أما مفرطة أو قليلة جداً.

(برنارد ريملاند، ستيفين أديلسون، 2006: 7- 9)

ومن الأعراض الشائعة والتي تظهر جلية واضحة لمن يعايش الأطفال الذاتويين به وخاصة بعد السنة الأولى من العمر ما يلي:

- لا يسلم على أحد ولا يعير التفاتا لمن يحاول ذلك معه.
- يبدو الطفل وكأنه يعيش في عالم خاص.
- قد تصدر منه همهمات أو بعض الضجيج لكن ذلك لا يكون تخاطبياً.

- إذا صدرت من الطفل بعض الإشارات أو الإيماءات، فلا يكون لها معنى.
- لا ينتبه لمحاولات الآخرين للتواصل معه.
- لا يستخدم أي إشارة أو إيماءة لتوضيح ما يريد. وإذا أراد شيئاً ما يمسك بيد الأم أو الأب أو أحد الإخوة الكبار ويقوده إلى هذا الشيء.
- يميل إلى الثبات، والحملقة معظم الوقت.
- يفتقد التقليد لما يفعله الأطفال الآخرون من العاديين ولا يحاكيهم.
- قد يفضل الطفل لعبا معينة ويكره لعبا أخرى.
- متقلب الوجدان حيث يضحك أو يبكى دون سبب واضح (علا عبد الباقي، 2011: 38، 39).

خصائص الأطفال الذاتويين:

يتميز الأطفال الذاتويين بالعديد من الخصائص منها الخصائص الجسمية والحركية ومنها الخصائص العقلية المعرفية ومنها الخصائص السلوكية ويتعين التأكيد على أن هذه الخصائص ليس من الضروري أن تجتمع في كل حالة من حالات الذاتوية بل قد يظهر بعضها في حالة معينة وقد يظهر البعض الآخر في حالة أخرى كما تختلف هذه الخصائص من حيث بداية ظهورها وشدتها واستمراريتها وفيما يلي عرض لهذه الخصائص.

أولا: الخصائص الجسمية والحركية

- يتشابه الأطفال الذاتويين مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل انهم ربما يكونوا أكثر جاذبية. (Aarons & Gittens, 1999, 33)
- فالطفل الذاتوي لا يبدو من مظهره الخارجي انه يعانى من أي اضطراب فهو يبدو طبيعياً تماماً من حيث المظهر أو الشكل الخارجي. (سعد رياض، 2008: 5)

ويشير عثمان فراج (2002) إلى أن الطفل الذاتوي يختلف عن الطفل العادي من

حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع مما يشير إلى خلل أو اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم. (عثمان فراج، 2002: 53)

- ويذكر لويس مليكة (1998) أن الأطفال الذاتويين في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات حمى وإمساك وحركات غير منضبطة في الجهاز الهضمي وتكون استجابتهم للمرض مختلفة عن الأطفال العاديين فقد لا يشكون من الألم بصورة لفظية أو إيمائية وقد لا يظهر عليه الشعور بالتعاسة الذي يحس به الطفل العادي. (لويس مليكة، 1998 : 270) أما بالنسبة للخصائص الحركية فنجد أن الأطفال الذاتويين يتمتعون بنمو حركي جيد ويميل بعضهم للمشي على أصابعهم مع قوام منثني وحركة سريعة فيبدون في غاية الرشاقة ويصاحب ذلك رفرفة الذراعين والقفز.
- (إلهامى عبدالعزيز، 2001 : 159)
- ويرى ارونز وجيتنز (1999) انه على الرغم من أن العديد من الأطفال الذاتويين يعانون من النشاط الحركي الزائد الذي يتمثل في بعض الأنشطة التكرارية مثل القفز لأعلى ولأسفل وهز الأشياء وتدويرها إلا أن بعضهم يعانى من نقص النشاط الحركي. (Aarons & Gittens, 1999, 34)

ثانيا: الخصائص العقلية

- إن الوظائف العقلية لدى الطفل العادي تنمو مع نموه من خلال التفاعل الاجتماعي وسلوك الاستكشاف وحيث أن هذا ما يفقده الطفل الذاتوي لأنه خلال الفترة التي يجب أن يتطور فيها ذكاؤه بسرعة من خلال البواعث الخاصة بالتجارب الجديدة ومن خلال اهتماماته نجد انه منسحب من الواقع ولا يريد التفاعل والاتصال الاجتماعي لاكتساب الخبرة اللازمة لنمو هذا الذكاء مما يؤدى إلى التأخر العقلي. (ماجد عمارة، 2005 : 35)

وفيما يلي عرض لبعض الخصائص العقلية المعرفية لدى الأطفال الذاتويين:

1- التفكير:

يتميز تفكير الطفل الذاتوي بالاجترار المستمر والذي تحكمه حاجات أو رغبات النفس ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته، وافكاره وتخيلاته دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله، فهو يعيش فقط في عالمه الخاص في توحد وعجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم (ماجد عمارة، 2005: 34)

ونجد التفكير لديه ينمو بمعدل أقل من الطبيعي نتيجة ضعف الذاكرة، اللغة، الصورة الذهنية، ويعتمد مقدار النقص في التفكير على درجة الإصابة، ففي حالات اضطراب الذاتوية البسيطة مثلا قد يتوقف عند مرحلة التفكير الحسي العيانى. (فاطمة العراقى، 2009: 70).

2- الإدراك:

هناك اضطرابات ادراكية لدى الأطفال الذاتويين ويعد اضطراب الإدراك السمعي من أكبر المشكلات الخاصة بعملية الإدراك لدى الأطفال الذاتويين (Prior & Ozonoff, 1998, 65) وهذا ما أشار إليه كومير (1995) حيث يرى أن هناك قصور أساسي لدى الأطفال في إدراك الأصوات فهؤلاء الأطفال يسمعون الأصوات جيداً ولكن لا يمكنهم تقديم الاستجابة الحسية المناسبة لهذه الأصوات مما يؤدى إلى صعوبة تفاعلهم مع البيئة من حولهم وقصور عملية التفاعل الاجتماعي لديهم (Comer, 1995, 669).

كما أن معظم الأطفال الذاتويين يواجهون صعوبات في عملية تكوين المفهوم وخاصة مهارات الفرز والتصنيف وذلك بسبب المشكلات الخاصة بعملية الترابط المركزي فعلى سبيل المثال لا يستطيع الطفل الذاتوي الجمع بين مفهوم

المشروبات الباردة واستخدام الثلاجة للإجابة عن سؤال أين نضع هذه المشروبات لنحتفظ بها باردة. (Aarons & Gittens, 1999, 45, 46).

3- الذاكرة:

لقد تم دراسة الذاكرة لدى الأفراد الذاتويين بصورة واسعة وقد أشار برور وأوزنوف (1998) إلى أن هناك من الباحثين من يرى أن اضطراب الذاكرة يعد اضطراب أساسي وأولى لدى الأفراد الذاتويين (Prior & Ozonoff, 1998, 77).

ويرى جليبرج وكولمان (2000) أن هناك قصور لدى معظم الأطفال الذاتويين فيما يختص بتذكر الأحداث القريبة (Gillberg & Coleman, 2000, 22) كما أوضح كارسون وآخرون "2000" أن الأطفال الذاتويين لديهم قصور دال في مهام التذكر عند مقارنتهم بالأطفال العاديين والمعاقين عقليا "Carson et al, 2000, 567)

إلا أن هناك بعض الأطفال الذاتويين يتمتعون بذاكرة قوية وخاصة للأشياء التي يهتمون بها مثل أماكن الأشياء التي يفضلونها من ألعاب أو أطعمة كما يتمتعون بذاكرة بصرية جيدة حيث يمكنهم تذكر بعض التفاصيل المرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها.

4- المهارات الخاصة:

على الرغم من القصور المعرفي الذي يعانى منه معظم الأفراد الذاتويين إلا أن هناك حوالي 10 % من هؤلاء الأفراد يمتلكون بعض القدرات أو المهارات الخاصة ويطلق على تلك الحالات "الذاتوى النابغة" فمنهم من يمتلك ذاكرة روتينية تمكنه من ترديد أغنية ربما لم يسمعها سوى مرة واحدة ومنهم من يتمتع بقدرات حسابية هائلة فيستطيع القيام بالعمليات الحسابية المعقدة بسرعة فائقة ومنهم من لديه قدرات موسيقية فيمكنه العزف على الآلات دون تعلم مسبق وكذلك التعرف على المقطوعات الموسيقية المختلفة ومنهم من يمتلك قدرات فنية رائعة

فيستطيع أن يرسم منظر طبيعي بصورة تفصيلية دقيقة ومنهم من يمكنه القراءة بسهولة ويسر في مراحل مبكرة من العمر. (Dodd, 2005, 51)

ويشير سعد رياض (2008) إلى شخص ذاتوى يبلغ من العمر أكثر من خمسين عاما لديه ذاكرة حديدية، وقدرة منطقية عالية في تذكر الأحداث والتواريخ والمواقف وغيرها من المعلومات التي يعجز أي شخص عن إدراكها فكان هذا الرجل إذا ذكرت له تاريخ ميلادك يقول اسم اليوم الذي ولدت فيه وما يوازيه من أحداث عالمية هامة في نفس اليوم، وكذلك لديه قدرة على القراءة السريعة وتذكر أكثر من 90 % مما يقرأ، وهذا إعجاز عقلي فريد(سعد رياض، 2008: 60).

ونجد كذلك "بيك" الذي كان الشخصية الأساسية لفيلم "رجل المطر" ويطلق عليه "الخارق للعادة" لأنه عبقري في حوالي 15 مادة مختلفة تتفاوت بين التاريخ والآداب والجغرافيا إلى الأرقام والرياضة والموسيقى وكذلك لديه القدرة على حفظ أكثر من 9000 كتاب (أحمد نايل، بلال أحمد،2009: 83، 84).

وهناك أيضا من مشاهير الذاتوية تمبل جراندين الحاصلة على درجة الدكتوراه في تنمية الثروة الحيوانية وتشغل وظيفة أستاذ في الجامعة ولها العديد من الكتب عن الذاتوية كما أنها تقوم بإلقاء محاضرات عن اضطراب الذاتوية في أماكن كثيرة من العالم، وقد ذكرت في مقال لها بعنوان "العباقرة قد يكونوا غير طبيعيين" أن الملياردير العبقري الفذ وأغنى أغنياء العالم بيل جينس كانت به بعض الصفات الذاتوية، وأنه يعانى من صعوبة في التأقلم الاجتماعي (جيهان مصطفي، 2008: 83).

وهناك أيضا دونا ويليامز الحاصلة على درجة الدكتوراه في علم النفس وتعانى من اضطراب الذاتوية. وهذا يؤكد إمكانية استثمار طاقة الطفل الذاتوى ومعرفة هواياته واهتماماته حتى يتسنى توفير البيئة المناسبة التي تساعده على أن يبحث عن شيء يجد فيه ذاته ويحققها.

ثالثا: الخصائص السلوكية والنفسية

تتعدد الخصائص السلوكية والنفسية المميزة للأطفال الذاتويين وتشمل هذه الخصائص.

- التفاعل الاجتماعي.
- التواصل واللغة.
- السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة.
- مشكلات سلوكية.

1- التفاعل الاجتماعي:

يتسم الطفل الذاتوي بخلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في إقامة علاقات مع الأشخاص ويبدو لديه نقص في الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم ويبدو ذلك في عدم دفء التواصل الجسدي ونقص التواصل بالعينين والوجه (ماجد عمارة، 2005 : 40) بالإضافة إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية وضعف في التعبير عن الذات والمشاعر وصعوبة في التعبير عن الحزن بالبكاء والفرح بالابتسامة أو الضحك. (أحمد نايل وبلال احمد، 2009: 81).

وغالباً ما يوصف الأطفال الذاتويين بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص حيث أن مهاراتهم الاجتماعية تكون محدودة ويتسم تفاعلهم الاجتماعي بالآلية والجمود ونادرا ما يظهرون اهتمام بمن حولهم(Dodd, 2005, 41).

فالطفل الذاتوي يبدى استجابات غير ملائمة عند تعامله مع الآخرين فهو يرفض المعانقة ويبدو أما متصلباً أو مترهلاً عندما يحمله أو يحضنه أحد، كما أنه قد يبدأ في البكاء إذا لمسه أحد ولا يبدى اهتمام بالآخرين وكذلك فانه يتجنب الاتصال بالعين ولا يظهر التعبيرات الوجهية(Etkin et al, 2005, 419, 420).

ولا ينسجم هؤلاء الأطفال مع آبائهم بالابتسام أو الاحتضان، وبدلا من ذلك يبدو عليهم الضيق عند حملهم أو تقبيلهم، ولا يستجيبون لآبائهم أكثر من استجابتهم للغرباء، ونجد الطفل يتصرف كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات والضجيج من حوله، وكما لو كان الناس من حوله غير موجودين. ونجد نظرته بعيده كأنه ينظر إلى الأفق نظرة شاردة ولا يهتم بمن يجلس معه. وهناك رفض واضح للاتصال مع الآخرين، وإذا حاولنا إجباره على التفاعل يسقط في نوبة عصبية (سعد رياض، 2008: 15) .

ويمكن تصنيف صعوبات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين في عدة مظاهر كما يلي:

- القصور في الإدراك الاجتماعي: ويعنى الافتقار إلى الوعي بالآخرين أو الاهتمام بهم.
- نقص القدرة على الفهم الاجتماعي: وهو عدم القدرة على فهم الآخرين من إشارتهم وتلميحاتهم.
- نقص القدرة على التواصل الاجتماعي: ويقصد به عدم استطاعة الطفل التعبير عن ذاته أمام الآخر وعدم فهمه لتعبيرات الآخر.
- القصور الشديد في القدرة على التخيل الاجتماعي: وهو عدم المشاركة في اللعب التخيلي ويشمل أيضا عدم القدرة على فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم (علا عبد الباقي، 2011: 180) .

2- التواصل واللغة:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة الذاتوية، وتتفاوت درجات القصور وأشكاله من طفل إلى آخر. (ماجد عمارة، 2005: 31) فنجد تأخر النطق أو انعدامه، الترديد لما يقوله الآخرون كالببغاء، سوء التعبير الحركي، كلمات وجمل بدون معنى، عكس الضمائر (أنا بدلا من انت) عدم القدرة على تسمية

الأشياء، عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين (فاطمة العراقى، 2009: 41) وعدم القدرة على البدء والاستمرار في المحادثة، ولا يستطيع هؤلاء الأطفال أيضا استخدام لغة الإشارة والإيماءات(جيهان مصطفي، 2008: 25).

فمشاكل اللغة والكلام كثيرة لدى الأطفال الذاتويين، ويعتقد الكثير من المختصين انها من أكثر وأهم المشاكل، فهناك 50% من الأطفال الذاتويين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي. (فاطمة العراقى، 2009: 41)

وفي كثير من حالات الذاتوية يبدأ ظهور اضطراب النمو اللغوي مبكرا في حياة الطفل وربما في الأشهر الثلاثة الأولى حيث يلاحظ الهدوء غير الطبيعي وغياب المناغاة المعتادة عند الطفل السليم وفي قلة أو توقف الأصوات التي يصدرها وفي مناسبتها للموقف ومعانيها بالنسبة إلى ما يريده أو يطلبه من أمه (عثمان فراج، 2002: 56).

ويستطيع الأشخاص غير الذاتويين تطويع مفرادتهم اللغوية ونغمات أصواتهم ومقدار حديثهم بما يتلاءم مع المستمع بينما يعجز الذاتويين عن فعل هذه الأشياء. (سعد رياض، 2008: 54) وبالإضافة إلى معاناة الطفل من صعوبة التواصل اللفظي بسبب قصور اللغة لديه فانه يعانى أيضا من قصور شديد في عمليات التواصل غير اللفظي مثل فهم الإيماءات والتعبيرات الوجهية الخاصة بالآخرين (Howlin & Yule, 1990, 373).

3- السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة:

تعد هذه الخاصية من الخصائص الأساسية التي يعتمد عليها تشخيص الذاتوية حيث يقوم الطفل الذاتوى بمجموعة من السلوكيات النمطية الشاذة والاهتمامات المحدودة التي يكررها دون تعب أو ملل. فالكثير من الأطفال المصابين بالذاتوية يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، فغالبا ما

نجد الطفل الذاتوى يندمج في سلوك حركي شاذ مثل الدوران في دوائر حول نقطة واحدة، أو العبث بأصابعه بشكل متكرر، أو التصفيق بيديه، أو التأرجح في وقفته. فهناك كثير من الأطفال يقضون أكثر يومهم في تكرار نشاطات نمطية من نوع واحد وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لانهائي. وكلما كان الذاتوى أقل قدرة على التواصل، كلما كان أكثر تقيدا بالروتين وأقل قدرة على التكيف مع التغيير (سعد رياض، 2008: 16، 17).

4- مشكلات سلوكية: -

يعانى الطفل الذاتوى من مجموعة من المشكلات والاضطرابات السلوكية تتمثل فيما يلي:

قصور القدرة على اللعب التخيلي:

يعد اللعب من الظواهر التي لا تخلو منها حياة الطفل، ويمثل اللعب التخيلي أحد مظاهر تطور اللعب التي تأتى بعد عملية الاكتشاف والإحساس بالأشياء المختلفة الموجودة في البيئة ومعرفة كيفية استخدامها فكثيرا ما نرى أن الطفل الصغير يمكن أن يتحدث مع لعبته أو يعاملها على أنها كائن حي...الخ. ولكن إذا ما لاحظنا أشكال اللعب عند الأطفال الذاتويين سنجد أن هناك اختلافاً واضحاً بينهم وبين أقرانهم من العاديين، حيث نجد أن بعض الأطفال الذاتويين لا يهتمون بالألعاب المختلفة على الإطلاق، ونجد أن البعض الآخر يهتم ببعض الألعاب ولكن بشكل آلي ولا يغير هذه اللعبة، كما نجد أن بعضاً منهم يهتم بتجميع أشياء معينة ويستخدمها في أشكال محدودة من اللعب والبعض الآخر منهم يصبح ماهراً بالفعل في القدرة على تدوير قطعة نقدية ومع تقدمهم يصبح هناك عدد منهم قادراً على إتقان ألعاب الألغاز (أي تكوين منظر كامل من عدة قطع صغيرة منفصلة) وألعاب التركيب الآخرى ونجد أن معظم هؤلاء الأطفال

يستمرون في اللعب بالماء والتراب أو الطين لمدة ساعات طويلة بلا انقطاع (لورنا وينج، 1994: 58).

ونلاحظ انه في السنوات المبكرة من عمر الطفل الذاتوى لا تظهر لديه أي رغبة في اللعب والتعرف على الأشياء من حوله، ولا يبدى حب الاستطلاع الذي يبديه الطفل العادي، حقيقة انه قد يقوم باللعب وتناول الأشياء من حوله ولكن بشكل عشوائي نمطي محدود ومتكرر يفتقد إلى الإبداع والتخيل كما أنه يفتقد إلى اللعب الايهامى والرمزي (عثمان فراج، 2002: 57).

ويفضل الطفل الذاتوي اللعب الفردي ولا يشارك في اللعب الجماعي، وإذا شارك الأطفال الآخرين يتعامل معهم كآلات بلا انفعالات أو تواصل (نادية إبراهيم، 2000: 90) وعلى النقيض، فعندما يتقدم هؤلاء الأطفال إلى مرحلة الطفولة المتوسطة، فأنهم يطورون رغبة حقيقية نحو الأصدقاء، واللعب، ويمكن للأطفال العاديين أن يشاركوا طفلاً يعانى من الذاتوية في العابهم ليمثل دور الرضيع أو المريض عندما يلعب هؤلاء الأطفال أدوراً مثل الأب أو الأم أو الطبيب والممرضة ونجد ألعاب المطاردة تسمح للذاتويين بالاشتراك فيها بشكل أكبر وذلك على عكس الألعاب الهادئة، أما ألعاب اللوحات فإنها تقدم فرصة لهؤلاء الأطفال، فقد يفضل هؤلاء الأطفال لعبة الشطرنج أو الورق (محمد على، 2003: 61).

ب- قصور القدرة على التقليد:

يمثل قصور مهارات المحاكاة والتقليد أكبر صور العجز وضوحاً عند الأطفال الذاتويين، فهم لا يشاهدون أو يهتمون أو يفعلون ما يفعله الآخرون من حولهم، وقد يكون هذا العجز بمثابة انعكاس لنفس المشاكل التي تنتج عنها مصاعب في اللعب والمهارات الاجتماعية (محمد السيد، منى خليفة، 2004: 155).

والطفل الذاتوى لا يستطيع التقليد ولا المحاكاة، فهو لا يتبع أمه في حركاتها وأنشطتها، لا بالنظر ولا بالسمع والتقليد مهارة مهمة للغاية فالعديد من الأطفال الذاتويين لديهم صعوبة في مهارة التقليد، فالتقليد ربما يشمل تقليد أفعال الجسم مثل التصفيق باليدين، واللعب بالأشياء مثل اللعب بالكرة أو تقليد أفعال لفظية مثل الأصوات والكلمات والعبارات لذلك فإذا كان الطفل لا يستطيع تقليد هذه الأنماط السلوكية من المهم تدريبه وتعليمه هذه المهارة.

ج - الاستجابة الشاذة للمثيرات الحسية:

يعانى غالبية الأفراد الذاتويين من قصور في الاستجابة للمثير الحسي بكل أشكاله، السمعي والبصري واللمسي والإحساس بالألم (Dodd, 2005, 43) .

ويظهر لدى الكثير من هؤلاء الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية أما بالزيادة أو النقصان (فاطمة العراقى، 2009: 40) ، فنجد هؤلاء الأطفال تبدو لديهم الأصوات أكثر ارتفاعاً وضجيجاً مما يبدو لنا ، وبسبب هذه الزيادة في حاسة السمع نجد الطفل ينزعج من الأصوات التي نتكلم بها عادة مع الأطفال الآخرين، فهو لا يسمع أصواتنا فقط، وإنما أيضا صوت الأزيز المنبعث من مصباح الفلورسنت المعلق، والحوار الذي يدور في الغرفة المجاورة. فنجده يضع يديه فوق أذنيه لتخفيف هذه الآلام. أما مجال الرؤية لدى هؤلاء الأطفال يكون أما عالي (زائد) أو مشوش، فهم يميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة إلى الأشياء ويتجهون لالتقاط الأشياء بدون النظر إليها جيداً، وهم ينبهرون بالأضواء والانعكاسات ومتابعة الأشياء اللولبية الدوارة، وأحيانا تجد بعضهم يميل إلى ألوان معينة ولا يجذب انتباهه الأشياء الآخرى وعادة ما يكون هؤلاء الأطفال ذوى حاسة لمس قوية وزائدة فنجد العديد من الأشياء تسبب لهم نوعا من الألم أو المتعة عند لمسها، وقد نجد نفس الطفل يستمتع بالضغط على بعض الأشياء والشعور الناتج عن هذا الضغط أما حاسة التذوق وحاسة الشم فنجد العديد من

الأطفال الذاتويين قد يستجيبون بشدة للطعم أو الروائح، وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأكلات، وبعض هؤلاء الأطفال قد يأكلون أي شيء وكل شيء بما في ذلك المواد الضارة، بينما بعضهم قد يأكل بعض الأطعمة ذات النكهات القوية بما يكفي لأن يتذوقها، وآخرين قد يحبون طعاما معينا، ولا يقبلون على أي طعام آخر ما لم يكن له نفس الطعم (سعد رياض، 2008: 18، 19) ويفضل الطفل الذاتوي أحيانا استخدام المستقبلات الحسية القريبة مثل التذوق والشم واللمس عن المستقبلات البعيدة مثل البصر والسمع (لويس مليكه، 1998:275).

د- اضطراب الحالة الانفعالية:

يعانى الطفل الذاتوى من اضطرابات انفعالية تشمل تغير مفاجىء في الحالة المزاجية مع نوبات من الضحك أو البكاء دون سبب واضح كما تشمل نقص واضح في الاستجابات الانفعالية وعدم الخوف من مواطن الخطر الحقيقية مع الخوف الزائد من الأشياء غير الضارة. (Etkin et al, 2005, 420)

وغالباً لا تعبر الحالة الانفعالية للطفل الذاتوى عما يحدث حوله في البيئة فمن الممكن أن تجده يضحك عندما يصيبه ألم وتجده يبكى عند مشاهدة فيلم كرتون محبب (Dodd, 2005, 41).

ه- اضطرابات النوم والتغذية:

يعانى بعض الأطفال الذاتويين من مشكلات تتعلق بالنوم حيث يعانى بعضهم من الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل كما يعانى بعضهم من مشكلات تتعلق بأنماط الأكل والشرب فقد يقتصر بعض الأطفال الذاتويين على أنواع قليلة من الطعام ويكون لدى بعضهم نهم في شرب السوائل(Etkin et al, 2005, 420).

و- العدوان وإيذاء الذات:

قد يتسبب الطفل الذاتوى في إيذاء ذاته من خلال قيامه ببعض الأفعال التي تسبب له إصابات جسدية مثل شد الشعر وخدش أو ضرب الوجه وإيذاء العين والذراع والرجل ومن أكثر سلوك إيذاء الذات شيوعا لدى الطفل الذاتوى هو ضرب الرأس والعض والقرص (Herbert, 1998, 225) وقد يؤذى غيره بالقرص أو العض أو اللكمات أو الخربشة أو الدفع أو الجذب المفاجىء بقوة (عثمان فراج 2002: 58) وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة حتى يبقى وحيداً (ماجد عمارة 2005: 33).

أسباب حدوث الذاتوية:

تعتبر إعاقة الذاتوية من أكثر الإعاقات التي يحوطها الكثير من الغموض وخاصة في الأسباب حيث تعددت البحوث والدراسات التي حاولت تحديد العوامل المسببة لحدوث الذاتوية فمنها من أكد على دور العوامل النفسية والبيئية أو العوامل الجينية أو العوامل العضوية أو العوامل البيوكيميائية، وعلى الرغم من كل هذه الجهود إلا أنه لم يتم التوصل إلى سبب قاطع لحدوث الذاتوية.

وفيما يلي عرضاً موجزاً لأهم هذه العوامل التي حاولت تفسير أسباب حدوث الذاتوية:

1- العوامل النفسية و البيئية: -

تصور كانر في أول تقرير له عن الذاتوية أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة منها أسلوب التنشئة ومنها افتقار الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب الاستثارة والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات ألعاطفية. (عثمان فراج، 2002 : 59) حيث كان هناك اعتقادا سائدا بوجود خلل في علاقة الوالدين بالطفل يؤدى إلى حدوث هذا الاضطراب خاصة الأم باعتبارها مسئولة عن عدم إمداد طفلها بالدفء الكافي والانفعال

المناسب وذلك إلى الحد الذي وصفت فيه الأم بالأم الباردة (أو الثلاجة) ووصف والدي الطفل الذاتوي بالوالدين العقلانيين ذوى المشاعر الباردة (Aarons & Gittens , 1999,15) .

ولم تعد هذه التفسيرات مقبولة في الوقت الراهن. حيث أوضحت الدراسات الحديثة أنه لا يوجد دليل يثبت أن آباء الأطفال الذاتويين يعانون من أي مشكلات انفعالية أو شخصية أكثر مما يعانيه آباء الأطفال العاديين كما أن الضغوط البيئية لدى أسر الأطفال الذاتويين ليست أكثر من أو أقل شيوعا من الأسر الآخرى.

أما عادل عبدالله (2002) فيشير إلى أن العوامل البيئية تؤثر على تطور هذا الاضطراب ومآله إذ نلاحظ أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما الذاتوى فلا يستطيعان مساعدته على إكساب سلوك مرغوب أو الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعيا، أو إكسابه لتلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما كذلك قد لا تعمل البيئة التي يوجد الطفل فيها على مساعدته كي يتمكن من اكتساب مهارات معينه تساعده على الاندماج مع الآخرين وإقامة علاقات معهم والتفاعل الناجح معهم أيضا، وقد لا تشجع الآخرين المحيطين به على احتوائه ومساعدته على الاندماج معهم بدلا من انسحابه بعيدا عنهم أو قيامه بالسلوك العدواني سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته أو ضدهم (عادل عبدالله، 2002 : 26،25) الا انه لابد وان نأخذ في الاعتبار انه قد يكون العكس تماما هو الحادث فوجود طفل منعزل في عالم خاص به عاجز عن الاتصال قد يمثل استفزاز للوالدين ينتج عنه معامله خاصة خالية من التواصل الفعال مما يدعم المرض، فقد تكون المشاكل ناتجة عن المرض وضغوط الطفل الراجعة إلى مشاكل اللغة وعيوب الاتصال الاجتماعي والانفعالي وليست سببا له (نادية إبراهيم، 2000 : 20، 21)

2- العوامل الجينية الوراثية: -

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول الذاتوية إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للذاتوية، إلا أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم (من بويضتين مختلفتين) ومن المعروف أن التوامين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية (أحمد نايل، بلال احمد، 2009 : 53).

فلقد أشارت بعض الدراسات إلى أن المكون الوراثي له دور في حدوث الذاتوية حيث أظهرت بعض النتائج أن نسبة من 2: 4% من أشقاء الأطفال الذاتويين يعانون من الذاتوية (Etkin et al, 2005, 419).

ولقد وجد أن حوالي 8% من الأطفال الذاتويين الذكور يعانون من زملة كروموسوم اكس الهش وان نسبة تتراوح من 15: 20% من الحالات التي تعانى من زملة كروموسوم اكس الهش لديها بعض الأعراض الذاتوية ولقد ثبت أن ضعف كروموسوم اكس له أساساً وراثياً لذلك فمن الممكن أيضا أن يكون للذاتوية أساساً وراثياً. (Carson et al, 2000, 568)

ومن الجدير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط الشذوذ الكرموسومى واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب الذاتوية ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في هذا الصدد ذلك الشذوذ في الكروموسوم رقم 13 والذي يؤدى إلى حدوث ما يعرف بمتلازمة أوشر، ورأى البعض أن الكروموسوم رقم 7 يعد هو المسئول عنه، وبالتالي فإن الشذوذ في هذا الكروموسوم يؤدى إليه بالضرورة، في حين رأى غيرهم أن الشذوذ في الكروموسوم 9 يعد المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموسوم بينما حدد آخرون الكروموسوم رقم 15 ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب الذاتوية

ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأى قاطع في هذا الخصوص (عادل عبد الله، 2008: 44، 45).

ورغم هذه النتائج التي تشير إلى دور الوراثة كعامل مسبب لإعاقة الذاتوية إلا أن الجدل مازال قائما بين المهتمين بالمشكلة في طبيعة هذا الدور الوراثي حيث انهم يشككون في طبيعة هذا الدور ويعتبرون أن العامل الوراثي لا يزيد عن كونه عاملا ممهدا للإصابة بهذا الاضطراب(عثمان فراج، 2002 : 60).

3- العوامل العضوية: -

يؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العضوية في حدوث الذاتوية، حيث يرى (سعد رياض، 2008) أن الخلل في التركيب العضوي للمخ قد يكون أحد أسباب الذاتوية حيث ينشأ عن بعض المضاعفات التي تحدث للأم أثناء فترة الحمل مثل الإصابة ببعض الأمراض أو انتقال بعض الفيروسات مثل فيروس "سايتوميجالو" أو أثناء الولادة مما يسبب نقص الأوكسجين الذي يصل لمخ الطفل، حيث تؤكد الكثير من الدراسات أن الذاتوية ناتجة عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي.

وهناك الكثير من الأدلة على ذلك منها ما يلي:

أولا: أن معظم خصائص الطفل الذاتوى من اضطراب اللغة، وشذوذ السلوك الحركي، وضعف أو زيادة المدخلات الحسية، والحساسية للمس، كل ذلك يرتبط بوظائف الجهاز العصبي المركزي.

ثانيا: أن النوبات المرضية أو أشكال السلوك المنحرف التي توجد لدى المصابين بالذاتوية تكون بدايتها داخل الجهاز العصبي المركزي، لذلك فان بعض المراهقين المصابين بالذاتوية تظهر لديهم نوبات مرضية على الرغم من ظهور اختباراتهم طبيعية من الناحية الطبية والعصبية أثناء فترة الطفولة.

ثالثا: هناك بعض التقارير التي تؤكد أن الأطفال الذاتويين لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربي. (سعد رياض، 2008 : 24)

4- العوامل البيوكميائية: -

لم تقتصر جهود الباحثين في البحث عن العوامل الجينية والعضوية كأسباب لحدوث الذاتوية فحسب بل امتدت تلك الجهود للبحث في العوامل الخاصة بالكيمياء الحيوية كأحد أسباب حدوث الذاتوية وبخاصة الاضطرابات المرتبطة بالناقلات العصبية. حيث يرى ديفيد ومارتن أن الناقلات العصبية لها دور كبير في حدوث الذاتوية فإذا كان هناك اضطرابات خاصة بالناقل العصبي فان المخ لن يكون قادرا على تمرير الرسائل العصبية من خلية إلى آخرى بكفاءة وفاعلية مما يترتب عليه ضعف في جوانب الارتقاء المعرفي(David & Martin, 1995, 639).

وقد أثبتت العديد من الدراسات وجود خلل في تكوين المخ عند العديد من الأطفال الذاتويين خاصة في المخيخ والفص الأمامي للمخ. ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الذاتويين لديهم زيادة في حجم المخ عند مقارنتهم بنظرائهم من الأطفال الطبيعيين في مراحل الطفولة المبكرة ولا يحدث هذا منذ الولادة ولكنه يبدأ في الحدوث في السنوات الأولى من عمر الطفل ويكون معدل الزيادة في حجم المخ في فترة المراهقة والبلوغ أقل من المعدل الطبيعي ومن الجدير بالذكر أن الدراسات الإشعاعية التي تهدف لدراسة وظائف المخ اثبتت خللا في نسبة السيروتونين في المخ. وقلة في كمية الدم الواصلة للفص الأمامي للمخ (وهو مسئول عن النمو العاطفي للإنسان) وللمخيخ (وهو مسئول عن حفظ اتزان الجسم وضبط الحركة والكلام)، (جيهان مصطفى، 2008: 40).

وعلى الرغم من وجود احتمالات لتأثير العوامل البيوكميائية في حدوث الذاتوية إلا أن هذه الاحتمالات لا ترقى إلى درجة اليقين نظرا لعدم تواجد هذه العوامل في كل حالات الذاتوية.

مما سبق نخلص إلى أننا لا نستطيع أن نصل إلى علاقة سبب ونتيجة لهذا الاضطراب ولكن تظل هناك حقيقة أساسية وهى أن اضطراب الذاتوية يظهر من خلال السلوك الذي يصدر عن الطفل في شكل أعراض، وما تزال هناك محاولات للوصول إلى السبب الرئيسي لإصابة الطفل بهذا الاضطراب حيث يعتبر هذا الاضطراب من الاضطرابات التي تعزى إلى أكثر من عامل سببي ومازالت الدراسات غير وافيه في هذا الشأن ومازال هناك غموض حول سبب الإصابة بهذا الاضطراب.

تشخيص الذاتوية: -

يعتبر تشخيص إعاقة الذاتوية وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وترجع هذه الصعوبات إلى ما يلي:

1- الذاتوية إعاقة سلوكية تصيب محاور متعددة كالنمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي وبالتالي تعوق عملية التواصل ويتعذر بذلك التعامل مع الطفل لتشخيص حالته.

2- تتعدد وتتنوع أعراض الذاتوية من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما في الأعراض ويرجع ذلك إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لهذه الإعاقة.

3- قد يصاحب إعاقة الذاتوية إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية أو الصرع أو الاسبرجر أوالريت أو غيرها مما يؤدى إلى تشابك وتعقد الأعراض وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيدا. (عثمان فراج، 2002: 68، 69) .

ولقد تعددت المحاولات الخاصة بوضع محكات ومعايير لتشخيص حالات الذاتوية بدأت بالمعايير التي وضعها كانر (1949) ثم قائمة كلانس (1969) مرورا

بالدليل الدولي التاسع (1978) والدليل الإحصائي الثالث (1980) والدليل الإحصائي الثالث المعدل (1978) ثم الدليل الدولي العاشر (1992) وأخيراً الدليل الإحصائي الرابع (1994). (إلهامى عبدالعزيز،2001: 175 - 185).

وفيما يلي عرض لمعايير تشخيص الذاتوية كما حددها دليل التشخيص الإحصائي الرابع DSM.IV :

أولا: تتكون المحكات التشخيصية لاضطراب الذاتوية من ستة أو أكثر من المجموعات 3,2,1 التالية على أن يشمل بندين على الأقل من محكات المجموعة الأولى وبند على الأقل من محكات كل من المجموعة الثانية والثالثة.

المجموعة (1): قصور نوعى في القدرة على التفاعل الاجتماعي كما يتضح باثنين على الأقل مما يلي:

- قصور واضح في استخدام سلوكيات التواصل غير اللفظي على اختلاف أنواعها مثل: التلاحم البصري، والتعبيرات الوجهية، والأوضاع الجسدية، والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تنمية أو تكوين علاقات مع الرفاق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.
- الافتقار إلى السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مباهجهم واهتماماتهم وانجازتهم (مثلا: افتقاد القدرة على إظهار، وإبراز، والإشارة إلى الأشياء ذات الأهمية).

المجموعة (2): قصور نوعى في القدرة على التواصل كما يتضح بواحدة على الأقل مما يلي:

- تأخر أو افتقاد كلى في نمو اللغة المنطوقة غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديلة للتواصل مثل الإشارة أو التقليد.

• في الأفراد ذوى القدرة على الحديث (التخاطب)، يوجد قصور واضح في القدرة على المبادأة بالحديث، أو مواصلة الحديث مع الآخرين.

• التكرار أو النمطية في استخدام اللغة، أو اعتماد لغة خاصة به.

• غياب القدرة على المشاركة في اللعب الايهامى أو ألعاب التقليد الاجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.

المجموعة (3): التقيد بأنماط ثابتة ومكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة كما يتضح بواحدة على الأقل مما يلي:

• الاستغراق أو الاندماج الكلى بواحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات المقيدة والنمطية بشكل غير عادى من حيث طبيعتها أو شدتها.

• الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والالتصاق بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينية منها.

• ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف، مثل رفرفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري، أو ثنى الجذع للإمام والخلف، أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالقدمين....الخ.

• الانشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل: سلسلة مفاتيح، أو أجزاء من ورود صناعية أو ساعة...الخ).

ثانياً: تأخر أو قصور وظيفي يبدأ قبل سن الثالثة في واحدة من المجالات الأتية:

• التفاعل الاجتماعي

• استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي

• اللعب الرمزي أو التخيلي (لعب دور الكبار)

ثالثاً: هذه الاختلالات لا يمكن تفسيرها بشكل أفضل بواسطة اضطراب ريت أو اضطراب الطفولة الانحلالي (محمد السيد، منى خليفة، 2004 : 28- 30) .

أدوات التشخيص: -

تتعدد أدوات التشخيص للأطفال الذاتويين بتعدد الأغراض التشخيصية الخاصة بهم ومن أهمها ما يلي: -

أ- مقياس فينلاند النضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale

ويتكون من (117) بندا مرتبة في ثمانية مجالات للمهارات الاجتماعية وهما:

- العناية بالنفس بصفة عامة - التواصل
- التطبيع الاجتماعي - العناية بالملبس
- توجيه النفس - التحرك والتنقل- العناية بالمأكل
- تحمل المسئولية المهنية

ب- قائمة ريملاند لتشخيص الأطفال ذوى السلوك المضطرب

Rimlands Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children

وصممت هذه القائمة في معهد أبحاث الأوتيزم في كاليفورنيا لتشخيص الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية الحادة مثل الذاتوية والاضطرابات الانفعالية والنمائية الشاملة. وتم التشخيص بناءا على تقديرات الآباء لخصائص نمو أطفالهم في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل. ويرى كامبل وآخرون (1991) أن القائمة تصنف الأطفال الذاتويين إلى ثلاث فئات: - مجموعة الأطفال الذين تظهر عليهم إحدى أعراض الذاتوية أو أكثر ويطلق عليهم شبه الذاتويين Autistic Like مجموعة تتشابه أكثر من الذاتوية مثل زملة ريت، اسبرجر وتسمى مجموعة نطاق الذاتوية Autistic Spectrum مجموعة ذاتوية الطفولة المبكرة ويطلق عليهم Early Infantile Autism (أمال عبد السميع، 2001: 79، 80).

ج- مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة (شوبلر وآخرون 1988)

Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler. et al, 1988)

تم تطوير مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة والمعروف بـ(كارس) من قبل فريق برنامج علاج وتعليم الذاتويين والأطفال ذوى الإعاقات المرتبطة

بالتواصل، ويتألف هذا المقياس الذي يعتمد على التقديرات السلوكية من 15 فقرة ويساعد على معرفة الأطفال الذاتويين وتميزهم عن الأطفال معاقي النمو ونظراً لكونه مقياساً مختصراً ومناسباً للاستخدام مع أي طفل يزيد عمره عن عامين فانه يكون من السهل على المعلمين والاخصائين النفسين التعرف على وتصنيف الأطفال الذاتويين، وذلك من خلال مقياس متدرج يتألف من سبع نقاط يحدد الفاحص درجة انحراف سلوك الطفل عن السلوك الطبيعي لمن هم في مثل عمره، ويتم حساب الدرجة الكلية من خلال جمع درجات الطفل في كل فقرات المقياس الخمس عشرة، ويتم تصنيف الأطفال الذين تزيد درجاتهم عن مدى محدد بأنهم ذاتويين، علأوة على ذلك فانه يمكن تقسيم درجات معدل الذاتوية إلى فئتين تتراوح ما بين الخفيف والمتوسط والشديد(محمد السيد، منى خليفة، 2004: 38).

د- مقياس جيليام للذاتوية (جيليام وجنز 1995)

Gilliam Autism Rating Scale (GARS) : (Gilliam & Janes, 1995)

صمم هذا المقياس للاستخدام من قبل المعلمين والوالدين والمهنيين، ويساعد مقياس جيليام للذاتوية في معرفة وتشخيص الذاتوية بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين الثالثة والثانية والعشرين، كما يساعد في تقدير حدة المشكلة، وقد بنيت الفقرات الموجودة في هذا المقياس على تعريف ومعايير الذاتوية التي يتبناها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (التصنيف الرابع 1994)، وتم وضع الفقرات في أربع مجموعات فرعية هي: السلوكيات النمطية، والتواصل والتفاعل الاجتماعي، الاختلالات النمائية. وتتمتع هذه الأداة بدرجة جيدة من الصدق والثبات. (محمد السيد، منى خليفة، 2004: 43)

التشخيص الفارق: -

نظراً لوجود بعض الاضطرابات الآخرى التي قد تشترك مع الذاتوية في بعض السمات ومنها ما يكون مصاحبا لاضطراب الذاتوية لذلك يجب تمييز الذاتوية عن هذه الاضطرابات من خلال التشخيص الفارق وفيما يلي عرض موجز لهذه الاضطرابات مع التركيز مباشرة على العلامات الفارقة بينها وبين الذاتوية.

1- الاضطرابات الارتقائية العامة الأخرى وتشمل:

أ- اضطراب الاسبرجر: Asperger's disorder

هو أحد اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية والنمائية ولكنها لا تنكشف مبكرا، بل بعد فترة نمو عادى على معظم محاور النمو وقد تمتد إلى عمر 4- 6 سنوات.(سعد رياض،2008: 39) ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جدا مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى فوق المتوسط (عادل عبدالله، 2002 : 46) ويتضح الفرق بين الذاتوية وزملة أعراض اسبرجر في النقاط الآتية:

- يعانى الطفل الذاتوى من تأخر أو توقف تام في نموه اللغوي والقدرة على التخاطب والاتصال، بينما طفل الاسبرجر لا يبدي مثل هذه الأعراض.
- حالات الذاتوية قد يصاحبها حالات تخلف عقلي وقصور في القدرات المعرفية بينما في الاسبرجر من النادر أن نجد قصورا ملحوظا في النمو المعرفي حيث تكون معدلات الذكاء عادية أو ربما عالية.

إذا كان الطفل الذاتوى يتجنب الآخرين، فان الطفل المصاب باسبرجر لا يتجنب الآخرين بل يقبل على التعامل معهم بنشاط حيث يهتم هذا الطفل بمجال أو هواية أو فن معين ويكثر من الكلام عليه مع الآخرين.

في الذاتوية يكون معدل الذكاء اللفظي أقل من معدل الذكاء غير اللفظي بكثير ويكون الفرق بينهما في الغالب كبير، بينما في حالات الاسبرجر يكون معدل الذكاء اللفظي مساويا أو مقاربا لمعدل الذكاء غير اللفظي.

تظهر أعراض الذاتوية بعد الولادة بقليل أو قبل سن سنتين ونصف على الأكثر، بينما تظهر أعراض الاسبرجر متأخرة بين سن 4- 6 سنوات وأحيانا بعد ذلك، وفي حالات آخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة.

على الرغم من أن كلا من الطفل الذاتوى والاسبرجر يعانى من العزلة الاجتماعية إلا أن الفرق بين الحالتين هو أن الطفل الذاتوى غير واع بوجود الآخرين حوله، بينما طفل الاسبرجر يدرك جيدا وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم(سعد رياض، 2008 : 37، 38) .

ب- اضطراب ريت: Rett's disorder

هو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط. وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنت المهارات التي اكتسبتها من قبل، ويبدأ ذلك في السن من 1-4 سنوات (عادل عبدالله، 2002 : 46) و يبدأ مع الأشهر الأولى ويتضح ظهوره خلال العام الثانى وأهم سماته المميزة هى فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثنى وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة ويحدث هذا الاضطراب بمعدل حالة واحدة من كل 10000 حالة ولادة حية من الإناث ويمكن تشخيص هذه الحالة من خلال عملية الفحص الوراثى حيث أن لها علاقة باضطراب إحدى الجينات المرتبطة بكروموسوم X الهش. (Dodd,2005,7)

وفيما يلي أهم الفروق التشخيصية بين الذاتوية واضطراب ريت:

- في حالات الذاتوية يظهر القصور النمائي بعد الميلاد أو في وقت مبكر (قبل سنتين ونصف) بينما في حالات ريت يبدى المصاب تدهوراً واضحاً وتدريجيا في النمو مع تقدم العمر.

- في حالات ريت يوجد اضطراب وعشوائية ونمطية في حركة اليد كعرض مميز لريت، أما في حالات الذاتوية فهذه الأعراض لا توجد غالبا.
- في حالات الذاتوية تكون الوظائف العضلية الكبيرة سليمة، بينما في حالات ريت يوجد غياب للتوازن وترنح في المشي وغياب التناسق الحركي عدم القدرة على الحركة نتيجة القصور في معظم أو عضلات أعضاء الحركة.
- في حالات الذاتوية قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد هذه الحالات ما اكتسبته من حصيلة لغوية، بينما نجد في حالات ريت فقدان تام للوظائف اللغوية.
- تعد اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية في حالات ريت بينما لا توجد في حالات الذاتوية
- في الذاتوية يكون هناك ثبات في مهارات محأور النمو، بينما في حالات ريت يكون التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر 6 : 12 شهرا على المحور اللغوي والاجتماعي.
- في الذاتوية تكون نوبات الصرع قليلة أو نادرة الحدوث وإذا ظهرت فتظهر في المراهقة، أما في حالات ريت فإنها تظهر مبكرا وتكون في 75% من الحالات. (سعد رياض، 2008 : 41، 42).

ج- الاضطراب الارتقائي العام غير المحدد:

Pervasive developmental disorder not otherwise Specified (PDD- NOS

يتميز هذا الاضطراب بوجود قصور كيفي (نوعى) في نمو التفاعلات الاجتماعية المتبادلة أو مهارات التواصل الشفهى وغير الشفهى أو في حالة وجود سلوكيات أو اهتمامات أو أنشطة نمطية أو شاذة، وغالبا ما يعرف هذا الاضطراب بالذاتوية اللانموذجية أو الشاذة ويتميز هذا الاضطراب عن الذاتوية إما في العمر الذي تبدأ تظهر فيه أعراض هذا الاضطراب عند الطفل أو في عدم التطابق التام للمحكات

الثلاثة المطلوبة لتشخيص الذاتوية والمتمثلة في قصور التفاعل الاجتماعي وقصور عملية التواصل وظهور السلوكيات النمطية المتكررة(Dodd, 2005, 7) .

د- اضطراب الطفولة التفككى: Childhood disintegrative disorder

يتسم بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل، ثم يفقد الطفل المهارات التي تم اكتسابها من قبل. (عادل عبدالله، 2002 : 46) ويظهر الأطفال ذوو اضطراب الطفولة التفككى العيوب الاجتماعية وقصور التواصل التي غالبا ما تكون ملامح سلوكية مميزة وملحوظة في اضطراب الذاتوية، فهناك ضعف كيفي في التفاعلات الاجتماعية والتواصل، كما توجد نماذج مقيدة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأنشطة. ويختلف اضطراب الذاتوية عن اضطراب الطفولة التفككى في أن الأخير يتضمن شكلاً ونموذجاً مميزاً من النكوص في السنتين الأولين من العمر، ويسمى اضطراب الطفولة التفككى كذلك بمتلازمة هيللر او خبل الطفولة. (محمد السيد، منى خليفة، 2004: 34).

2- الإعاقة العقلية: Mental retardation

يرى بعض الباحثين أن حوالي 75% من الذاتويين قدرتهم العقلية في حدود التخلف العقلي ومع أن الأداء الوظيفي العقلي بشكل عام للأطفال الذاتويين والأطفال المعاقين عقلياً متشابه، لكن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء العقلي، ولكن الأطفال الذاتويين المعاقين عقلياً لا يكون أدائهم متساو، إذ نلاحظ أداء عالي في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي في حين يكون أقل أداء لهم في المهمات اللفظية. لكن التدقيق العميق والموضوعي في اضطراب الذاتوية يشير إلى عدد من النقاط التي تميز الذاتوية عن الإعاقة العقلية منها:

- الأطفال المعاقين عقلياً ينتمون أو يتعلقون بالآخرين نسبيا ولديهم وعى اجتماعي أما الأطفال الذاتويين فلا يوجد لديهم تعلق بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.
- اللغة والقدرة على التواصل مختلفة بين المجموعتين، كم واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعاقين عقلياً ولكن لدى الذاتويين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وإن وجدت فأنها تكون غير عادية.
- نسبة وجود العيوب الجسمانية في الذاتوية أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الإعاقة العقلية وهذا ما أيدته الدراسات الحديثة والتي تشير بأن الأطفال الذاتويين يميلون أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية.
- يبدى الأطفال الذاتويين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى الفن... الخ، وهذا لا يوجد في حالة الأطفال المعاقين عقلياً إلا بشكل محدود جداً.
- يعانى الأطفال الذاتويين من مشكلات عديدة في النمو الاجتماعي والقدرة على التكيف الاجتماعي أكثر من الأطفال المتخلفين عقلياً.
- الأطفال المتخلفين عقلياً ينتبهون للأشخاص البالغين الذين يظهرون مشاعر الأسى والقلق والخوف والانزعاج أكثر من الذاتويين. (أحمد نايل، بلال أحمد، 2009 : 33،34).

3- الفصام: Schizophrenia

تتشابه أعراض الفصام الطفولى مع أعراض الذاتوية التقليدية ويحدث في الغالب بعد سن ست سنوات، ولعدم المعرفة به يشخص أحيانا على انه طفل ذاتوى ولكن يوجد فرق كبير بين هذين الاضطرابين، وفيما يلي أهم هذه الفروق:

- تظهر الذاتوية في وقت مبكر عن الفصام الذي يظهر عادة في سن السادسة فما فوق.
- الطفل الذاتوى يعانى من الانسحاب الحاد بينما الفصامى يظهر بعض الاستجابة لبيئته الاجتماعية.

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز لكن المصابين بالذاتوية غير قادرين على ذلك.
- لا يطور الأطفال الذاتويين علاقات اجتماعية مع الآخرين بينما الأطفال الفصاميون يمكنهم ذلك.
- الهلاوس والهذاؤات وفقدان الكلام هي الأعراض المميزة للفصام ولا توجد لدى المصابين بالذاتوية.
- نسبة الذكور إلى الإناث في الذاتوية تقريبا 4: 1 وفي الفصام تساوى النسبة بين الذكور والإناث.
- إدراك الفصامى للبيئة إدراكا مشوها، بينما إدراك الطفل الذاتوى للبيئة إدراك انتقائي (سعد رياض، 2008 : 36، 37).

4- **زملة لاند كلفنر:** Land - Kleffner

يظهر الأفراد المصابون بهذه الزملة العديد من السلوكيات الذاتوية مثل الانسحاب الاجتماعي والإصرار على نفس الشيء ومشكلات اللغة ويعتقد أن لديهم نقصاً ذاتوياً بسبب ظهورهم كأسوياء بعض الوقت بين 3: 7 سنوات وغالباً ما يكون لديهم مهارات جيدة في طفولتهم المبكرة ولكنهم يفتقدون قدرتهم على الكلام تدريجيا كما أن لديهم موجات غير طبيعية في تخطيط الدماغ يمكن تحليلها ورسمها خلال فترات ما(إلهامى عبدالعزيز، 2001 : 191).

5- **ذهان التكافل:** Solidarity Pschosis

إن أهم ما يميز طفل ذهان التكافل هو أن حياته غالبا ما تكون مملوءة بالفزع والذعر الشديد من جراء المواقف الجديدة في الحياة وهذا مما يجعله يتمادى في تعلقه بالأم بدرجة أكثر شدة مرة آخرى، ويستجيب تجاه غيابهما بغضب وعنف شديدين وبشعور بالغ بالتدمير والانهيار. وعلى الرغم من تشابه بعض الأعراض

في ذهان التكافل مع بعض الأعراض في الذاتوية إلا أن هناك بعض الأعراض الفارقة بين الإعاقتين، فطفل ذهان التكافل يتعلق بالأم ويرافقها ويستجيب بالغضب تجاه غيابها بسبب مشاعر الخوف والذعر لديه، بينما نجد أن من سمات الطفل الذاتوى انه لا يرغب في إقامة أي علاقة مع أي فرد، كما أن مشاعره تكون متبلدة تجاه أفراد الأسرة سواء الأم أو الأب أو الإخوة، بل والأكثر من ذلك انه قد يكون أكثر ارتياحاً عندما لا يقترب منه أي شخص، كما انه لا يعير أي اهتمام سواء لوجود الأم أو غيابها. وسمة آخرى لدى طفل ذهان التكافل هو أنه كثير الكلام رغم أن كلامه غير واضح وغير مفهوم بينما الطفل الذاتوى يكون كلامه نادرا وغالبا ما يتسم بالترديد لما يسمعه من الآخرين(ماجد عمارة،2005: 70)

6- اضطربات التواصل: Communication disorder

يمكن التمييز بين الأطفال ذوى اضطرابات التواصل والذاتويين حيث يبدى أطفال الفئة الأولى تواصلاً بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام بينما الأطفال الذاتويين لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة. (أمال عبد السميع، 2001 : 76)

7- الإعاقة السمعية: Hearing disability

يمكن التمييز بين الإعاقة السمعية والذاتوية حيث نجد نسبة الذكاء في حالة الإعاقة السمعية أعلى من حالة الذاتوية، ويمكن للمعاق سمعيا تكوين علاقات اجتماعية، كما نجد سهولة في تشخيص المعاق سمعيا مقارنة بالذاتوى، كما يمكن للذاتوى تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع المعاق سمعيا، ويميل الذاتوى للانسحاب الاجتماعي مقارنة بالمعاق سمعيا (زينب شقير، 2002: 62).

التدخل العلاجى للمصابين بالذاتوية:

نظراً إلى الصعوبات التي يعانى منها الطفل الذاتوى وعدم الوصول إلى علاج ناجح لها فإن أهداف التدخل تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض

غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية الذات وتحقيق قدر من التفاعل الاجتماعي فضلا عن حاجة والدي الطفل وأسرته للتوجيه التربوي والإرشاد وأساليب التعامل مع الطفل (عثمان فراج، 2002: 83).

ونظرا لشدة وخطورة الاضطراب فقد استخدمت أساليب عديدة للعلاج وتشمل:

أ- العلاج السلوكي: -

يهدف العلاج السلوكي إلى محاولة التخلص من الأعراض الخاصة بهذا الاضطراب والعمل على رفع مستوى قدرة الطفل في تقديم الاستجابات الملائمة ويلعب أسلوب التعزيز الايجابي (مثل تقديم أنواع من الأطعمة المحببة للطفل أو غيرها من الجوائز) دوراً كبيراً في تحسين المهارات اللغوية والاجتماعية للطفل كما أن استثارة الحواس والتنبيهات الحركية مثل اشتراك في بعض الأنشطة (كرياضة الجري أو لعب الكرة من شأنها أن تشجع على ظهور السلوكيات المرغوبة كما أنها تساعد في التخلص من السلوكيات غير المرغوبة. Etkin et al, (2005, 421).

ويشير إلهامي عبد العزيز (2001) إلى أن المداخل السلوكية تعد من أكثر المداخل العلاجية أملاً للأفراد الذاتويين وهى مبنية على مجموعة من الاستراتيجيات التي تقلل الصعوبات السلوكية وتحسن الجوانب الاجتماعية والتواصلية وأضاف أن هناك أربع دعائم أساسية لنجاح عملية تعديل السلوك وهى :

1- المشاركة الفعالة من الوالدين
2- أهمية الرفاق.
3- الدور الحيوي لبرامج التعليم
4- أهمية استخدام التقنيات الحديثة

(إلهامي عبد العزيز، 2001: 227)

والدلائل العلمية توضح أن طرق تحليل السلوك والتي تسمى أيضا بالتدخل أو العلاج السلوكي تستطيع أن تزيد التحسن والتقدم في العديد من المهارات الهامة لدى الأطفال الذاتويين في حين انه لا يوجد أي دلائل علمية آخرى تؤيد الأساليب الآخرى وترى الباحثة أن العلاج السلوكي يساعد الطفل على التعلم واكتساب المهارات بجميع أنواعها من البسيط إلى المعقد وتأثيره يستمر مع الطفل إذا ما روعيت مبادىء هذا الأسلوب من تعزيز وتعميم، كما أن العلاج السلوكي بما يشمله من فنيات هو أفضل الأساليب التي تتناسب وحالة الطفل الذاتوي حيث يعتمد على أسس ومبادىء نظرية الاشتراط الاجرائى وكذلك فان العلاج السلوكي ليس له أثار جانبية مثل بعض الأساليب الآخرى كالعلاج بالعقاقير والأدوية لأنه يعتمد على أسلوب التدعيم والمساعدة والتي تحول العلاج السلوكي وعملية التعلم لدى الطفل الذاتوي إلى شيء مرح ومبهج بالنسبة له.

وفيما يلي أهم طرق التدخل العلاجي المستخدمة:

1- طريقة لوفاس: Lovaas

وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي أو علاج التحليل السلوكي وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي – ولعلها تكون الأشهر- حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما، ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس بكاليفورنيا حيث يدير الآن مركزا متخصصا لدراسة وعلاج الذاتوية، والعلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافئة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيء، كما يتم عقابة – كقول قف، أو عدم إعطائه شيئا يحبه- على كل سلوك سيء. وطريقة "لوفاس" هذه تعتمد على استخدام

الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع (سعد رياض، 2008: 74) .

وقد بنى برنامج لوفاس للتدخل المبكر على افتراض مؤداه أنه إذا بدأ العلاج مبكرا للطفل الذاتوى عندما يكون في الثانية أو الثالثة من العمر، فانه من المفترض تحقيق المزيد من التقدم والقليل من التراجع، ومعظم الأطفال الذين تم اختيارهم للبرنامج لديهم آباء أو أشخاص آخرون في انتظار استكمال برنامج العلاج المكثف لأطفالهم في المنزل بعد نهاية العلاج النظامي بالجامعة. وقد حقق هذا البرنامج نجاحا غير متوقع، فحوالي نصف الأطفال تقريبا التحقوا بمدارس التربية الفكرية أو فصول التربية الخاصة في المدارس العادية، كما لاحظ لوفاس أن حوالي 47% من الأطفال قد حققوا استعادة تلقائية لنسب الذكاء التي تقع في المدى الطبيعي وحققوا نجاحا في الصف الأول من مراحل التعليم وفي المقارنة مع مجموعة مماثلة من الأطفال الذاتويين الذين عولجوا بمعدل أقل كثافة (عشر ساعات اسبوعيا) فإن 2% فقط هم الذين حققوا تقدما ونجاحا يناظر ما حققته مجموعة لوفاس (محمد السيد، منى خليفة، 2004: 20) .

2- طريقة تيتش TEACCH :

والاسم هو اختصار لـ:

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالذاتوية وإعاقات التواصل المشابهة له.

ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينيا يسمى Divisio TEACCH، ويديره الأساتذة Eric Schopler & Gary Mesibov وهما من كبار الباحثين في مجال الذاتوية.

وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما إنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردى على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5- 7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبى احتياجات هذا الطفل (سعد رياض،2008: 75) .

3- العلاج بالوسط البيئي Milieu Therapy

هو أحد التدخلات التي تستخدم بفعالية مع الأطفال الذاتويين. ويركز هذا العلاج على تعليم الأطفال الذاتويين مهارات وسلوكيات التواصل داخل البيئات الطبيعية مثل البيت والمدرسة وأوضاع الدمج التعليمية ويشتمل هذا العلاج على أربعة إجراءات أساسية هي: نمذجة الاستجابات المرغوبة، وتصحيح الاستجابات وإعطاء الطلب ونمذجته وتصحيحه إذا تطلب الأمر، وتأخير الوقت، والتدريس الطارئ في البيئة الطبيعية لتوضيح الزيادات الدالة في مهارات اللغة والتواصل لدى الطفل (Mancil, 2007, 162).

4- التعليم بالنموذج (النمذجة) Modeling

وهو أسلوب تعليمي وتدريبي يقوم على أداء السلوك الصحيح المراد تعليمه للطفل، وتشجيعه على الانتباه ومتابعة الأداء الصحيح، ثم حثه على القيام بالأداء كما رآه محتذيا بذلك النموذج في الأداء ويستند هذا الأسلوب إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي تهتم بالتعليم والتدريب عن طريق الملاحظة والتقليد وتؤكد نتائج الدراسات التي أجريت على هذه النظرية على أنه من الممكن إكساب الفرد سلوكا جديدا عن طريق ملاحظته أداء نموذج لهذا السلوك وقد تؤدى الملاحظة للأداء الصحيح إلى التوقف عن السلوكيات الخاطئة غير المرغوبة، وتثير بداخل الفرد استجابات صحيحة كامنة فيظهر

سلوكيات صحيحة، ويصبح أدائه مطابقا للنموذج الذي لاحظ أداءه (علا عبد الباقي، 2011: 121).

5- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (Portage)

هذا البرنامج تمت ترجمته للغة العربية ونشره بعد موافقة وكالة الخدمات العقلية الوقائية وسكونسن Wisconsin بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد تم تمصير هذا البرنامج وتقنينه وهو يباع حاليا في وزارة التربية والتعليم، وهذا البرنامج يشمل:

1- المهارات الحركية
2- التنشئة الاجتماعية
3- النمو اللغوي
4- مساعدة الذات

5- النمو المعرفي:

ومن الجدير بالذكر أن هذا البرنامج يتضمن كروتا بها أنشطة مقترحة على تحسين كل وجه من أوجه الخلل الموجودة عند الطفل الذاتوى.

6- برنامج التواصل بالصور المتبادلة Picture Exchange Communication System (PECS)

وهذا البرنامج يطبق على الأطفال الذاتويين لا يستطيعون الكلام، وبالتالي يستطيعون التعبير عن احتياجاتهم عن إبراز صور للأشياء المرادة (مثلا صورة كوب عندما يريد الشرب....) وهذا البرنامج بالإضافة إلى أهميته بتمكين الطفل من التواصل عبر الصور والتعبير عن احتياجاته، فإنه يقلل من نوبات الغضب التي تنتاب الطفل نظرا لعدم قدرته على التعبير عن مطالبه بالكلام (جيهان مصطفى، 2008: 64، 65)

7- برنامج ليب للأطفال الذاتويين (LEAP) Louisiana Educational Assessment Program

وقد نشر هذا البرنامج عام 1982 بتمويل من الحكومة الفيدرالية الأمريكية لتدريب الأطفال الذاتويين وأسرهم ويستخدم هذا البرنامج مع مجموعات صغيرة. ويعتمد هذا البرنامج على أسس منها: أن الطفل الذاتوى يمكن إذا بدأنا تدريبه مبكرا أن يستفيد من برنامج متكامل للتفاعل مع البيئة كما تتضاعف النتائج المتوقعة من برنامج التعليم الفردي إذا تحقق التعاون الوثيق بين المدرسة وأسرة الطفل والمحيطين معه، ومن الممكن أن يستطيع الطفل أن يتعلم مهارات عدة هامة سلوكية واجتماعية أكاديمية ولغوية من أقرانه غير الذاتويين ويساعد حسن التخطيط على تنمية المهارات لدى الطفل، كما أن الطفل الذاتوى كغيره من الأطفال العاديين يتعلم جيدا من أنشطة منهجية مناسبة لتنمية القدرات والمهارات المختلفة (عثمان فراج،2002: 7) .

8- العلاج الحركي Movement Therapy

يقوم العلاج الحركي على افتراض مؤداة أن تنبيه أعضاء الحركة يزيد من نشاط الجهاز العصبي مما يحفز أعضاء الحس فيقلل من الإحساس بالتوتر ويخفض من مشكلات النوم كالأرق والتململ، فتقل سلوكيات الإثارة الذاتية عند الأطفال الذاتويين. وهذا من شأنه أن يؤدى إلى زيادة فترة الانتباه لديهم وكذلك القدرة على التركيز، وتقل مقاومتهم للتلامس مع الوالدين والتواصل معهم ومع معلميهم(علا عبد الباقي، 2011: 149).

9- العلاج بالحياة اليومية Daily Life Therapy

هذا العلاج نموذج يابانى لتربية الأطفال الذاتويين وقد وضعته كيتاهارا Kitahara (1964) وهو عبارة عن منهج تربوي لمساعدة هؤلاء الأطفال في اتجاه التطور الطبيعي دون الانعزال عن المجتمع. ويقوم البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هي:

1- التعليم الموجه للمجموعة. 2- تعليم الأنشطة الروتينية

3- التعليم بالتقليد. 4- تقليل النشاط غير الهادف بالتدريب الجاد

5- تركيز المنهج على أنشطة الموسيقى والرسم والرياضة. (إسماعيل بدر، 1997: 732).

10- العلاج بالموسيقى Musical Therapy

يعتبر العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال الذاتويين شكلاً من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها. ووفقا لما تقره الجمعية الأمريكية للعلاج بالموسيقى (2002) فإن العلاج بالموسيقى يعد بمثابة أحد أنماط العلاج أو التدخلات المختلفة التي يمكن أن تعمل بواسطتها على الحد من تلك الآثار السلبية التي تترتب على اضطراب الذاتوية ويمكن لفنيات العلاج بالموسيقى أن تلعب دوراً هاماً في علاج هؤلاء الأطفال حيث يمكن أن تسهم في تيسير حدوث التواصل من آخر. ومن ثم فهي تحد بدرجة كبيرة من أنماط وحدتهم وانعزالهم وتساعدهم على الانغماس في الخبرات الخارجية ومن جهة أخرى يمكن لمثل هذه الفنيات أن تقلل من الترديد المرضى للكلام الذي يميز هؤلاء الأطفال. كما أنها تقلل من أنماط السلوك النمطية المختلفة التي تصدر عنهم (عادل عبد الله، 2005: 317، 318).

11- العلاج بالعمل: Occupational Therapy

من أحد العلاجات الهامة للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة وكذلك بالنسبة للأطفال الذاتويين من أجل مساعدتهم على تخطى إعاقتهم والانشغال بأعمال يحبونها ويقدرون على تحقيق النجاح فيها، ومن ثم تتحقق لهم الثقة بالنفس فيقبلون على برامج التدريب والتعليم المعدة من أجلهم (علا عبد الباقي، 2011: 132).

12- العلاج باللعب: Play Therapy

يعد اللعب جزء هام في حياة الأطفال بصفة عامة، وذوى الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة لأنه ينمى لديهم الإدراك بالأشياء وبالأشخاص من حولهم، كما يساعدهم على النمو الاجتماعي والنفسي، والحسي والحركي. ومن خلال اللعب يمكن تعليم الطفل سلوكيات إيجابية كثيرة مثل: التعاون والتفاعل مع الآخرين، وتنظيم الوقت، وضبط الانفعالات. كما يمكن للطفل عن طريق اللعب معرفة قوانين المجتمع والبيئة التي يعيش فيها واكتساب سلوكيات ومهارات اجتماعية ومعرفية عديدة فهو وسيلة الطفل لاكتشاف العالم من حوله ووسيلته في تطوير تفكيره ولغته ووجدانه وعلاقاته بالآخرين من خلال مواقف اللعب المختلفة وإذا كان ما تقدم يؤيد احتياج الأطفال للعب، فإن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ومنهم الأطفال الذاتويين أكثر احتياجا إلى اللعب حيث تؤكد الدراسات أن اللعب إذا تم تطويره وتنميته وتوجيهه في العلاج يمكن أن يحدث تحولا في حياة هؤلاء الأطفال (علا عبد الباقي، 2011: 138)

13- العلاج بالتدخل النفسى التربوى:

Educational psychological treatment intervention

ومن التدخلات النفسية والتربوية المستخدمة في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال الذاتويين ما يسمى بالفلورتايم Floortime وهو وقت دافئ ومليء بالعطف والحنان والمودة والحب والألفة يتم قضاؤه مع الطفل. وتركز هذه الطريقة على زيادة دائرة التفاعل بين الطفل والراشدين حوله، وعلى التفاعلات الثنائية بين الطفل والكبير الراشد، وكذلك بين الطفل وأقرانه، فالأقران يؤدون دورا واضحا ومتميزا في توفير فرص المشاركة والتنشئة الاجتماعية، والتي لا يمكن أن تستبدل بواسطة الكبار الراشدين. (Cannon, 2006 ,10)

14- العلاج بالتدليك: Massage Therapy

ويهدف إلى تحسين الحالة الانفعالية للطفل ومن ثم خفض بعض السلوكيات غير الهادفة وتحقيق الاستقرار أثناء النوم مما يساعده على زيادة مدة الانتباه والتركيز أثناء النهار وخاصة خلال عملية التدريب والتعليم. فمن المعروف أن من أهم ما يعوق تعليم الطفل وتدريبه هو ضعف التركيز والانتباه والانشغال بسلوكيات عشوائية. ووفق هذا البرنامج يتم تدريب الوالدين من قبل المعالج المتخصص في هذا المجال ليقوموا بعمل مساج للطفل قبل موعد نومه بنصف ساعة وأن يشمل التدليك (المساج) الذراعان، واليدان، والأرجل، والصدر والظهر. ويستمر التدليك لمدة ربع (15 دقيقة). (علا عبد الباقي، 2011: 153)

15- العلاج بالاحتضان: Hugging Therapy

يقوم هذا الأسلوب من العلاج بتشجيع الأهل على احتضان أطفالهم مدة طويلة حتى لو قوبلت هذه الطريقة بالرفض من قبل الطفل حيث يعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل يؤدى في النهاية إلى قبول الطفل للاحتضان. وقد لاحظ الأهل الذين استخدموا هذه الطريقة، أن أطفالهم قد ابدوا تحسناً ملحوظاً في قدرتهم على التواصل البصري وكذلك تحسنا في التواصل والتفاعل الاجتماعي. وتعتبر هذه الطريقة مهمة جدا للأهل أيضا حيث تجعلهم يشعرون بالقرب من أطفالهم، وبقدرة هؤلاء الأطفال على التعبير عن مشاعرهم بطريقة أفضل من ذي قبل (جيهان مصطفى، 2008: 106) .

16- العلاج بتنمية حقول التطور السبعة: Therapy by the development of the seven fields of evolution

إن تنمية مجالات النمو لدى الطفل الذاتوي هو السبيل لوضع هذا الطفل على طريق الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس لذلك لابد من معرفة أن

هناك سبعة مجالات للتطور عند الطفل المصاب بالذاتوية يمكن عبرها تبسيط عملية النمو وهى:

1- التواصل الميسر
2- تنمية المهارات الأكاديمية
3- تنمية العضلات الكبيرة
4- تنمية العضلات الدقيقة
5- تنمية المهارات المهنية
6- تنمية المهارات الاجتماعية
7- تنمية مهارة العناية الذاتية

مع العلم أنه عند العمل على مراحل النمو عند الطفل المصاب بالذاتوية يجب الأخذ بعين الاعتبار أن لكل مجال من مجالات التطور مراحل متسلسلة يتوجب إنجازها بحيث يعتمد إنجاز مرحلة ما على نسبة نجاح المرحلة التي سبقتها فلا يمكن للطفل أن يربط حذائه قبل أن يكون قد تعلم لبس هذا الحذاء ولا يمكنه أن يفرش أسنانه قبل أن يكون قد تعلم وضع المعجون على الفرشاة لذلك يجب أن يكون هناك ما يسمى بتحليل النشاط وتجزئته وآلية القيام به والخطوات الواجب اتباعها لإنجاز ذلك النشاط ومن ثم تقييم ذلك الإنجاز (أحمد نايل، بلال أحمد، 2009: 200).

17- العلاج بالرسم:Drawing therapy

يلاحظ على الأطفال العاديين أنهم يعبرون في رسوماتهم أحيانا عن أشكال اللعب فيختار كل منهم الشكل الذي يروقه وينبعث ذلك من الطفل ليرضى حاجاته حينا أو لمواجهة بعض المواقف الخاصة أحيانا أخرى. وهو نشاط يحتاجه الطفل لتنمية قدراته الذهنية وتطوير أفكاره وإثراء خياله، فالتعبير الفني للطفل العادي يشبه اللعب الايهامى الذي يعبر فيه الطفل عن الأشياء المحيطة به وهى في الغالب أشياء ملموسة- ذات طابع واقعي- يحدثها وفقا لصورة ينقلها له خياله الشخصي الذي هو وليد انفعالاته الذاتية وإذا كان هناك فوائد هامة تعود على الأطفال العاديين من خلال التعبير الفني فإنه من

الممكن أن يستفاد منها الأطفال الذاتويين ومن ذلك ما يلي: الفائدة في دافع اللعب والحركة والنشاط الممثلة في أعضاء الحس والحركة من حيث العضلات "الدقيقة والكبيرة" وهو ما يعرف بالرياضة الوظيفية لأعضاء الجسم، ويستغل الأطفال الذاتويين هذا التعبير كأسلوب بديل للغة والتواصل اللغوي فهذه الرسوم التي تنبثق عن أذهان الأطفال الذاتويين تعبر عن أحاسيسهم ومشاعرهم وتخيلاتهم لذا فتعتبر هذه الرسوم مصدرا هاما في إطار العلاج حيث يمكن على ضوئها أن نحدد لهم فهم الأمور الحياتية مثل معنى الدور وكيف يتصرف وقت العمل أثناء اخذ فرصته أو كيف يتحرك ويتصرف أثناء اللعبة عندما يحين دوره في اللعبة، وفهم وإدراك أن لك وقتا، ولى وقت وأن لك فرصة الرسم ولى فرصة الرسم وقد يأخذ حب اللعب بالألوان والأدوات الفنية طابعا آخر لدى الأطفال الذاتويين من خلال الكمبيوتر حيث تتشعب مداركه وتنمى حواسه البصرية واللمسية فيرسم ويلون من خلال الكمبيوتر. (فاطمة العراقى، 2009: 46، 47)

واحد النوابغ الذاتويين في مجال الرسم هو دانيل أو دانى. وقد نال العديد من الجوائز في طفولته. وعند بلوغه عامه السادس عشر، تمت دعوته من قبل قسم الفنون بجامعة يورك لعرض فنه. كما انه قام أيضا بالمشاركة مع مجموعة من الرسامين الموهوبين في المعرض الذي أقامته جامعة تورونتو عام 1999 (جيهان مصطفي، 2008: 89).

ب - العلاج الطبي:

نظراً لأن بعض أعراض الذاتوية تحتاج إلى تدخل علاجى مثل النشاط الحركي الزائد أو نوبات الصرع لذا يتم اللجوء إلى العلاج الطبي واستخدام العقاقير للحد من هذه الأعراض علما بأنه لا يوجد حتى الآن من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات الذاتوية (عثمان فراج، 2002: 83) .

وتشمل العقاقير الطبيه التى يمكن وصفها لمعالجة الأعراض المصاحبة للإضطراب الذاتوى مايلى:

- عقار الفنفلوراملين يساعد على خفض مستوى السيروتونين وهو عنصر كيميائي طبيعي لوحظ ارتفاع مستواه في الدم عند ثلث الأطفال المصابين بالذاتوية تقريبا، مما قد يؤثر نشاط هذا العنصر "السيروتونين" في الجهاز المركزي على الشهية والنوم والتعلم والذاكرة. فقد ثبت أن استخدام هذا العقار المضاد للسيروتونين يؤدى إلى تخفيف وتحسين أعراض المصابين بالذاتوية حيث يمكن أن يؤدى إلى زيادة في مدى الانتباه وإلى نقص الاضطراب الحركي عند هؤلاء الأطفال.

- عقار ميغافايتمين حيث أن الجرعات الكبيرة من فيتامين ب 6 مع الماغنسيوم تفيد في علاج الذاتوية وتؤدى إلى تخفيف نوبات الغضب التي تصيب هؤلاء الأطفال وزيادة اهتمامهم بالبيئة المحيطة بهم وتحسين تواصلهم العاطفي واللغوي. (محمد على، 2005: 66، 67).

- عقار الهالوبيريدول يستخدم كعقار للذهان – في خفض العدوان الحاد وسلوك إيذاء الذات في الأطفال الذاتويين، ولكن له العديد من الآثار الجانبية السلبية مثل زيادة الوزن، كما انه يسبب زيادة فيما يشبه النوبات الإغمائية وليس له آثار فعالة على الانسحاب والعزلة الاجتماعية وأوجه القصور المعرفي (محمد السيد، منى خليفة، 2004: 22)

وترى الباحثة أن الأدوية والعقاقير غالباً ما يكون لها آثار جانبية ضارة على المدى القريب أو المدى البعيد بالإضافة إلى أن مثل هذه الأدوية غالبا ما يكون طعمها مر أو مزعج بالنسبة للطفل وهذا يعنى أننا يجب أن نكون حذرين في استخدام الأدوية واستخدامها فقط في الضرورة القصوى.

1- العلاج بالفيتامينات: Vitamins Therapy

استنتج الباحثون أن الجرعات الكبيرة من فيتامين ب- 6 "باريدوكسين" عندما يعطى معها المغنيسيوم وفيتامينات معدنية أخرى تنجح في معالجة (45-50%) من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الذاتوي. إن الهدف من العلاج بالفيتامينات هو تحسين السلوك وجعل عملية التمثيل الغذائي في جسم الطفل طبيعية وقد وجدت الدراسات أن فيتامين ب- 6 يجعل الموجات الدماغية طبيعية ويسيطر على النشاط الزائد ويحسن السلوك العام، كذلك فهو يخفض ردود الفعل التحسسية وذلك من خلال تقوية جهاز المناعة وبالرغم من أن مدى التحسن المتوقع يختلف من حاله إلى أخرى فان لفيتامين (ب- 6) والمغنيسيوم فوائد أخرى منها: تحسين كلا من الكلام، أنماط النوم، مستوى الانتباه وتخفيف القابلية للتهيج، وزيادة الدافعية للتعلم وتحسين المستوى الصحي العام، وغالبا ما يحتاج استخدام الفيتامينات من 60- 90 يوما لتبدأ تأثيراتها بالظهور وينبغي إتباع تعليمات الطبيب (أحمد نايل، بلال أحمد، 2009: 166،167) .

2- العلاج بمضادات الخمائر:

إن مضادات الخمائر يمكن استخدامها في علاج أعراض الذاتوية وذلك في حالة ما إذا كان الاعتقاد بأن نوع من الفطريات يسمى كانديدا البيكنز Candida Albicans يصيب أمعاء الطفل أثناء الحمل، وقد لوحظ أن كثيرا من الأطفال الذاتويين لديهم كميات هائلة من هذا الفطر أو الخميرة في أمعائهم وينتشر هذا الفطر في الجهاز العصبي للطفل ويسبب له أضراراً عديدة في الجهاز الهضمي والسلوك، وعندما تنمو تلك الخميرة بسرعة تطلق سمومها في الدم وتؤثر على وظائف المخ، ويتم التعرف على كميتها بالأمعاء من خلال تحليل البراز، ويتم معالجتها من خلال عقار النستاتين Nystatin (إلهامي عبد العزيز، 2001: 60).

3- العلاج بنظام الحمية الغذائية: Therapy Dietary

يلعب الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذاتوى دور بالغ الأهمية، وقد أشار بعض الباحثين أن بعض الاضطرابات السلوكية قد تحدث نتيجة للحساسية للغذاء (وليد السيد، مراد على، 2007: 168) .

فالمنتجات الثانوية لكل من الكازين الموجود في جميع منتجات الألبان، والجلوتين الموجود في القمح والشعير والشوفان وفول الصويا والذرة والبطاطس سامة للمخ وتعوق الطفل عن الشفاء(هشام عبد الرحمن، 2011: 18).

والمفتاح للمعالجة الناجحة هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالبا ما تكون عدة مواد مسئولة عند ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الاصطناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والالومنيوم (جمال الخطيب، 1998: 169).

وكذلك فقد لاحظت العديد من الأسر تحسن أطفالهم إلى حد ما بعد إزالة أطعمة معينة من غذائهم.

وفي دراسة ريملاند (1994) Rimland لاحظ فيها 40: 50 % من الآباء الذين أزالو اللبن والقمح أو السكر من غذاء أطفالهم شعروا أن أبنائهم قد استفادوا. ويرجع السبب كما تقول الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحولها إلى أحماض أمينية وهذه البروتينات هي الجلوتين مثل القمح والشعير والكازين (يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم) إلا أن رينزونى وآخرون (1995) Renzoni et al فشلوا في أن يجدوا برهانا على زيادة الحساسية لدى الأطفال الذاتويين مختلفة عن مجموعة مقارنة لهم لها نفس الخصائص. (إلهامي عبد العزيز 2001: 58).

4- العلاج بالتكامل الحسي: Sensory integration therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدى إلى أعرض ذاتوية ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال الذاتويين يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال الذاتويين، ولكن ذلك لا يعنى تجاهل المشكلات الحسية التي يعانى منها بعض الأطفال الذاتويين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل (سعد رياض، 2008: 94) .

خلاصة وتعقيب:

مما سبق يتضح تعدد البرامج والأساليب العلاجية والتعليمية التي وصفت لعلاج الذاتوية فإذا كانت الذاتوية ليس لها سبب واحد معروف حتى الآن فتعدد البرامج والأساليب العلاجية والتعليمية أمر طبيعي بل وضروري نظرا لأن كل طفل ذاتوى له سماته وظروفه الخاصة، لذا فان وسائل العلاج قد تنجح مع طفل ولا تنجح مع آخر. وبالرغم من إننا لا نستطيع أن ننكر أهمية بعض الأساليب العلاجية مثل الدواء والذي أحيانا ما يكون له تأثير إيجابي على بعض الأطفال من حيث تقليل النشاط الزائد والمساعدة على الاسترخاء إلا أن ذلك الاسترخاء يجعل الطفل غير قادر على اكتساب المهارات إلى يتدرب عليها فنجده غير منتبه وليس لديه رغبه في أن يتحرك ويتفاعل مع من يقوم بتدريبه أو من يحاول التفاعل معه لذا فنجد أن الاسترخاء ليس هو كل ما يحتاجه الطفل الذاتوي لأنه في حاجه إلى أسلوب معين يعلمه كيف يتعامل ويتفاعل مع الآخرين وكيف يكتسب ويتعلم المهارات الهامة أما أنواع العلاجات الآخرى فقد يكون لها

تأثير جزئي او مؤقت بالإضافة إلى أنها تحتاج إلى متخصصين او أطباء حتى يقوموا بوصفها أو تطبيقها كما أن معظم هذه الأساليب العلاجية لا تتناسب مع جميع الأطفال الذاتويين ومنها ما يناسب طفل في سن معينه ولا يناسب نفس الطفل في سن أخرى في حين إن العلاج السلوكي ليس له سن معينه بل انه يستخدم مع جميع الأطفال منذ لحظة التشخيص وحتى سن المراهقة أو سن الشباب. لذلك استندت الباحثة في تصميمها لبرنامجها الخاص بالدراسة إلى فنيات العلاج السلوكي.

ووفقاً لنظرية الاشتراط الإجرائي التي سيتم تبنى أسسها في الدراسة الحالية قررت الباحثة اختيار الأساليب التعليمية المبنية على أسس هذه النظرية والتي تعتبر من مكونات العلاج السلوكي وهذه الأساليب هي أسلوب التعليم الفردي، وأسلوب التعليم المبنى على أساس طرق تعديل السلوك عن طريق مبدأ التدعيم بمعنى تعزيز السلوك الجيد تعزيزا ايجابيا بشيء يحبه الطفل وذلك لتكرار هذا السلوك وتثبيته وفي المقابل تدعيم السلوك السيئ بتدعيم سلبي لتقليل تكراره حتى ينطفيء ويختفي ومبدأ الاقتران الشرطي الذي يعتمد بدوره على مبدأ التدعيم فالسلوك الذي تكون نتيجته شيء يحبه الطفل أيا كان نوعه لفظي أو معنوي أو مادي يؤدى إلى الاقتران الشرطي بين هذا السلوك وبين نتيجته الايجابية مما يؤدى إلى تكرار هذا السلوك، أما السلوك الذي تكون نتيجته سلبية إما بعدم مكافأته عليه أو تجاهله أو حرمانه من الشيء الذي يحبه مثلا يؤدى إلى قلة تكرار هذا السلوك ثم انطفائه وبالتالي اختفائه.

التوقعات المستقبلية:

يرتبط التنبؤ بمستقبل الطفل الذاتوى بمدى قدرته على تحقيق التوافق الاجتماعي في المستقبل بعاملين أساسين هما مستوى الذكاء واللغة فالأطفال الذاتويين الذين تتطور لديهم مهارات اللغة المفيدة وتكون نسب ذكاؤهم في

المستوى الطبيعي هم الذين يمكنهم الوصول إلى مستويات مقبولة من التوافق الاجتماعي في حياتهم المستقبلية(Howlin & Yule, 1990, 376) .

ويشير هربرت(Herbert, 1998) إلى أن نتائج الدراسات التي أجريت على الأفراد الذاتويين أوضحت أن نسبة من 5: 17% من الأطفال الذاتويين يمكنهم تحقيق التوافق الاجتماعي بشكل جيد كما يمكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة وأن حوالي 25% من الأطفال الذاتويين يمكنهم تحقيق التوافق الاجتماعي بشكل متوسط وأنهم يحتاجون إلى اعتماد جزئي من الآخرين بينما سيبقى حوالي 60% من الأطفال الذاتويين يعانون من الإعاقة الشديدة يحتاجون إلى رعاية كاملة من الآخرين (Herbert, 1998, 243) .

وفي جميع الحالات يتوقف تقدم الحالة على البيئة المحيطة ومدى مساندتها فهناك حالات ذاتوية غير مصاحبة بإعاقات أخرى لأطفال ذوى ذكاء أعلى من المتوسط بدأ تأهليهم مبكرا ونجحوا في دراساتهم إلى نهاية المرحلتين الثانوية والجامعية بل هناك 4 حالات معروفة حصلت على درجة الدكتوراة ولا تزال إحدى هذه الحالات عاجزة عن التواصل بالكلام. (عثمان فراج، 2002: 85)

ثانياً: الانتباه

تمهيد:

يُعد الانتباه هو إحدى القدرات العقلية التي أعطاها الله سبحانه وتعالى للإنسان ولا يستطيع الإنسان أن يتعلم شيئا بدون أن ينتبه إليه، ولذلك يحرص المعلمون والمربون على إثارة انتباه تلاميذهم حتى يمكنهم استيعاب دروسهم وفهمها وتعلمها.

وقد أشار القران الكريم إلى أهمية الانتباه في استيعاب المعلومات وذلك في قوله تعالى: " إِنَّ فِي ذَٰلِكَ لَذِكْرَىٰ لِمَن كَانَ لَهُۥ قَلْبٌ أَوْ أَلْقَى ٱلسَّمْعَ وَهُوَ شَهِيدٌ "[1] ويشير الله تعالى في هذه الآية إلى أن في ذلك عظة لكل من له عقل أو استمع إلى هذا الكلام وفهمه وهو حاضر الذهن مركز الانتباه، ومما يساعد على تركيز الانتباه ويسهل عملية التعلم للمعاني المجردة بطريقة مبسطة وذلك بتمثيلها بأمور واقعية محسوسة حتى يمكن فهمها وإدراكها (فادية حمام: 2003، 63) .

ويعتبر الانتباه من أهم العمليات العقلية التي تلعب دوراً هاماً في النمو المعرفي لدى الفرد حيث انه يستطيع من خلاله أن ينتقى المنبهات الحسية المختلفة التي تساعده على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة كما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به (السيد على، فائقة محمد،1999: 15) .

وقد شبه العلماء عمل الانتباه بعمل العدسات المحدبة التي تجمع الأشعة في بؤرة واحدة فكما أن العدسة تزيد قوة الأشعة المتجمعة في المركز كذلك يزيد الانتباه وضوح العناصر التي يتجه إليها وهذا يدل على أن للانتباه درجات أولهما الانتباه المشتت وأعلاها التأمل العميق وبين الأول والثاني درجات كثيرة تختلف باختلاف العمر ودرجة الثقافة. (ابتسام حامد، خالد إبراهيم، 2001: 23)

تعريف الانتباه: -

تعددت تعريفات الانتباه واختلفت فيما بينها، فلم يتفق الباحثون على تعريف محدد له، ويرجع ذلك إلى تباين التوجهات النظرية، أو النظريات التي انطلقت منها هذه التعريفات ومن هذه التعريفات ما يلي: يشير مصطلح الانتباه إلى تركيز الوعي الشعوري على المثير الهام دون غيره. (Myers, 1996, 164)

[1] - سورة ق الآية 37.

ويرى راضى الواقفي (1998) أن الانتباه هو تركيز الوعي على منبهات معينه واستبعاد منبهات آخرى في اللحظة نفسها. (راضى الواقفي، 1998: 250)

ويُعَرَّف الانتباه على أنه القدرة على تجاهل المثيرات غير المتصلة بالموضوع (Anderson, 1999, 227).

ويضيف نبيل حافظ (2000) إن الانتباه هو قدرة الفرد على حصر وتركيز حواسه في مثير داخلي (فكرة /إحساس/ صورة خيالية) أو في مثير خارجي (شيء/ شخص / موقف). (نبيل حافظ، 2000: 39) وأشار إليه أحمد الشافعي (2000) على انه تركيز النشاط العقلي على مثير بعينه(أحمد الشافعي، 2000 : 126).

ويُعَرَّف الانتباه ايضا بأنه عبارة عن انتقاء مثير أو عدة مثيرات من بين العديد من المثيرات الموجودة حيث يضع الفرد هذا المثير في بؤرة الشعور وبالتالي يصدر الاستجابة الملائمة لهذا المثير (ابتسام حامد، خالد إبراهيم، 2001: 18، 19).

ويذكر فوزي محمد (2001) أن الانتباه هو تلك العملية العقلية التي تهيىء الكائن الحي للتركيز على منبه أو مثير حسي معين ذا أهمية مع إهمال المثيرات الآخرى الأقل أهمية بالنسبة للفرد(فوزي محمد، 2001: 191).

وترى حياة المجادى (2001) إن الانتباه هو اختيار الفرد لأحد أو لبعض المثيرات المحيطة به في البيئة والتركيز عليها وإدراكها وعدم الاهتمام بغيرها من المثيرات الآخرى (حياة المجادى، 2001: 83)

ويرى عبد الرحمن سيد (2004) أن الانتباه هو ذلك النشاط الانتقائي الذي يميز الحياة العقلية بحيث يتم حصر الذهن في عنصر واحد من عناصر الخبرة فيزداد هذا العنصر وضوحا عما عداه (عبد الرحمن سيد، 2004: 23).

كما يرى عادل عبدالله (2005) أن الانتباه هو قدرة الفرد على انتقاء المثيرات وثيقة الصلة بالموضوع من بين مجموعة كبيرة من المثيرات والاحساسات المتنوعة التي يتعرض لها الفرد كالمثيرات السمعية، والبصرية، واللمسية، وغيرها من

المثيرات الحسية المختلفة التي لا يصادفها، والتركيز عليها للمدة الزمنية التي تتطلبها تلك المثيرات والاستجابة لها. (عادل عبدالله، 2005: 123).

ويُعَرَّف الانتباه ايضا بأنه عبارة عن عملية بأورة او تركيز الشعور على عمليات حسية معينة، تنشأ من المثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد، أو من المثيرات الصادرة داخل الجسم (أشرف عبد الغني، ورحاب محمود، 2007: 10) .

كما يُعَرَّف الانتباه أيضا بأنه العملية التي يتم بها انتقاء الشخص مثيرات معينة تنشط حواسه لاستقبالها دون غيرها من المثيرات الآخرى (عبد اللطيف حسين، 2007: 102).

وترى كلاً من رانيا محمد، ودينا إبراهيم (2010) أن الانتباه هو قدرة الطفل على التركيز على مثير سمعي بصري معين مما يؤدي إلى القدرة على إدراك المثيرات والتمييز بينها (رانيا محمد، ودينا إبراهيم، 2010: 38).

التعليق على التعريفات السابقة

بعد عرض التعريفات الخاصة بالانتباه نجد أن هناك تعريفات عديدة لمفهوم الانتباه والذي لا يمكن ملاحظته على نحو مباشر، نظراً لما يراه البعض في استحالة معرفة المثير المعين الذي ينتبه إليه الفرد لكثرة تعرضه للمثيرات، كما نجد أن هذه التعريفات تتفق على أن الانتباه عبارة عن عملية تركيز الوعي على منبه معين وانتقائه من بين العديد من المنبهات مع استبعاد المنبهات الآخرى وذلك استعداداً للتعامل مع هذا المنبه.

ومن خلال العرض السابق ترى الباحثة أنه يمكن تعريف الانتباه بأنه

"عملية معرفية لها سعة محددة تتمثل في قدرة الفرد على التركيز على المثيرات الهامة وتجاهل المثيرات الغير هامة مما ينتج عنه إدراك وفهم جيد للمثيرات الهامة".

ويستدعى الانتباه تركيز وحصر النشاط الذهني في اتجاه معين مدة من الزمن، ويتفاوت الأفراد في إمكان حصر أذهانهم وتركيزها في موضوع من الموضوعات أو عدة موضوعات في فترة من الزمن، فتختلف مدة التركيز من فرد لآخر، ويتوقف هذا على نجاح الفرد في تحكمه في نشاطه الداخلي النفسي وتحرره من المؤثرات الخارجية المتعددة (خليل ميخائيل، 1983: 191) .

فنحن حينما نحصر انتباهنا أو نركز شعورنا في شيء ما فأننا نصبح في حالة تهيؤ ذهني، وحينما ينتبه الشخص لشيء ما فان أعضاء حسه تتكيف لاستقبال المنبهات من موضوع الانتباه أي الشيء الذي احتل بؤرة الشعور فيكون إدراكه أكثر وضوحاً عما يحيط به، كما أن تذكره يكون أفضل(السيد على، فائقة محمد، 1999: 16).

كما أن انتباه الفرد في لحظه معينه لا يكون عادة إلا في موضوع معين، إلا أن الانتباه لا يجمد بل ينتقل باستمرار وبسرعة خاطفة، خلال أجزاء من الثانية مما يوحى بأن مجال الانتباه متعدد وواسع(فرج طه، 2003: 238).

مراحل نمو القدرة على الانتباه:

المرحلة الأولى: ويتمثل ظهورها في ملاحظة تركيز نظر وانتباه الطفل في أواخر الشهر الأول من عمره، على شيء مثير واحد في البيئة المحيطة لمدة طويلة وقد يكون هذا الشيء الذي يجذب انتباهه وتركيزه مصدره ضوء قريب أو لعبه أو صوت رتيب مستمر أو زرار أو دبوس على ملابسه أو ملابس أمه أو شيء معلق على الحائط، ويطلق علماء النفس على تلك الفترة مرحلة التركيز الخاص على جسم واحد محدد دون غيره في الوسط المحيط وإذا استمر التركيز على هذا المصدر طويلاً ولم ينتقل الطفل في نموه إلى المرحلة الثانية التالية فقد يكون ذلك علامة مبكرة على أعراض الذاتوية.

المرحلة الثانية: وهذه المرحلة يعرفها علماء النفس بمرحلة التركيز الشامل أو العام حيث ينتقل نظر وانتباه وتركيز الطفل بالتبادل وبسرعة من شيء أو من مثير إلى آخر أو من لعبه إلى أخرى دون أن يتوقف انتباهه طويلاً على شيء واحد لفترة طويلة.

المرحلة الثالثة: وفيها يكون الطفل قد وصل في نضجه إلى مرحلة القدرة أو الانتقال من مثير إلى آخر، أو بمعنى آخر يصبح قادر على التحكم في توجيه اهتمامه وتركيزه إلى المثير الذي يتطلب الموقف شد انتباهه إليه، وبوصول الطفل أثناء نموه إلى تلك المرحلة الثالثة، يكون قد وصل إلى مرحلة تصبح القدرة على الانتباه والتركيز بإرادته واختياره، والتي تعتبر قدره أساسية للنجاح في الدراسة والتحصيل المدرسي (التعلم) واكتسابه الخبرة في مراحل التعلم المتتابعة أما إذا توقف نمو تلك القدرة عند المرحلة الأولى أو الثانية فان من واجب الأسرة التعاون مع المدرسة والمختصين في الطب والتربية وعلم النفس الإكلينيكي في اجراء الفحوص الطبية والاختبارات النفسية المقننة للوصول إلى التشخيص العلمي الدقيق للحالة، وبالتالي تخطيط برنامج العلاج الدوائي الطبي والتأهيل النفسي التربوي في مرحلة مبكرة من عمر الطفل(محمد خطاب، أحمد عبد الكريم، 2008: 102، 103).

طبيعة الانتباه

ومن طبيعة الانتباه أنه يتخذ احتمالات شتى أهمها : -

- الوعي: حيث الوعي بالمجال الادراكى بصورة عامة دون تحديد.
- الإدراك: وفيها يتم الإدراك بصورة عامة مع التركيز على شيء محدد.
- التركيز: حيث يتم التركيز على أشياء جانبية لا على التحديد والمقصود هنا بالأشياء الجانبية هي الأشياء الموجودة على هامش الانتباه فيطلق عليها الأشياء الجانبية، أما التحديد فهي قدرة الفرد على توجيه الانتباه ناحية شيء محدد

وتركيز الانتباه تركيزاً جيداً عليه. إذاً هناك فرق بين الجانبية والتحديد (عبد العلى الجسمانى، 1994: 105) .

ويرى أحمد راجح (1995) أن طبيعة الانتباه الحركة والتغير وعدم الثبات بحيث لا يدوم انتباه الفرد لشيء واحد مدة طويلة، وهذه الطبيعة المتغيرة ترجع إلى أن انتباه الفرد يكون موجها لشيء معين ثم ينتقل لناحية وشيء آخر ثم ينتقل إلى ناحية آخرى. ونظراً لهذه الطبيعة المتحركة فعلى الفرد اكتشاف البيئة المحيطة به ليحدد أنواع المثيرات الموجودة فيها، والتي لها دلالة معينة وتجذب انتباهه لأنه من غير الممكن الانتباه لهذا العدد غير النهائي من المثيرات المحيطة به (أحمد راجح، 1995: 193) .

وقد يكون الانتباه مركزا وقد يكون موزعا، والانتباه في حالة تركيزه لا يبقى مدة طويلة موجها إلى شيء واحد بل ينتقل ويتغير إلا إذا كان هذا الشيء الموجه إليه الانتباه متغير بطبيعته، وعندئذ من الممكن بقاء الانتباه موجها إليه طويلا كالشيء المتحرك نظرا لما يتميز به الشيء المتحرك عن المحيط به الثابت أو الذي له سمه الثابت.

ويتميز الشيء المتحرك عن الشيء الثابت في الآتى:

أن الشيء الثابت هو شيء عادى لا يلفت نظر أي شخص ولكن يمكن أن يلفت نظر بعض الأشخاص ولا يلفت نظر البعض الآخر لأنه هو شيء ثابت في مكانه.

أما بالنسبة للشيء المتحرك فأنه يلفت نظر الأفراد الآخرين الذين يرونه ويجذب انتباه الأشخاص لأنه شيء متحرك ومثير للنظر مثال اللوحات الكهربائية التي تسير بأضواء تضيء وتطفئ فيراها الإنسان وكأنها تسير وراء بعضها أي أنها متحركة فتجذب انتباهه.

ويتضح من ذلك أن الشيء المتحرك يجذب الانتباه أكثر من الشيء الثابت وذلك لأن من طبيعة الانتباه الحركة والتغير وعدم الثبات وهذا يوضح أن الشيء المتحرك أكثر جذباً من الشيء الثابت(سميح عاطف الزينى، 1991: 351).

خصائص الانتباه:

1- الانتباه عملية ادراكية مبكرة:

إذ أنه يهتم بالإحساس بالمثيرات الخام، بينما يهتم الإدراك بإعطاء هذه المثيرات تفسيرات ومعاني مختلفة أما الانتباه فإنه يقع في منزلة بين الإحساس والإدراك ولذلك يطلق على الانتباه بأنه عملية ادراكية مبكرة.

2- الإصغاء:

وهو الخطوة الأولى في عملية تكوين وتنظيم المعلومات، حيث أن استكشاف البيئة المحيطة يتطلب من الفرد الإصغاء لبعض الأحاديث أو الأفعال وتركيز الانتباه عليها. (السيد على، فائقة بدر، 1999: 21)

3- خاصية الاختيار:

فالاختيار يعنى انتقاء أحد المنبهات والمثيرات الحسية من المثيرات الحسية الآخرى التي تحيط بالفرد سواء أكانت بصرية أو سمعية أوشمية أو ذوقية.. وكذا المنبهات الاجتماعية، والمنبهات الفسيولوجية وغيرها..مما يجعل استحالة انتباه الفرد لكل هذه المثيرات مرة واحدة بل يختار منها المثيرات الهامة التي تشبع حاجات معينه لديه.

4- خاصية التركيز:

وهو من أهم خصائص عملية الانتباه، وهو إرادي شعوري يؤدى إلى تركيز اهتمام الفرد نحو موضوع معين، والتركيز مرتبط بالجهاز العصبي الحسي، وهذا الجهاز قدرته محدودة في استقبال المثيرات ونقلها، مما يلزم توجيه الاهتمام نحو منبه واحد معين حتى لا يتشتت الفرد.

5- خاصية التعقب:

أي اقتفاء أثر المنبه الذي تم التركيز عليه ومتابعته، وقد يصل بالانتباه إلى القدرة على التفكير في نمطين من المنبهات معا في وقت واحد دون الخلط بينهما.

6- خاصية الاحاطة:

وهى الاحاطة البصرية والسمعية المتمثلة في حركات العين التي تصاحب أداء عمل معين. وهذه الخصائص الأربعة (الاختيار – التركيز – التعقب – الاحاطة) هي خصائص متصلة ليس بينها حدود فاصلة، وهى في مجموعها تؤدى إلى الانتباه الصحيح. (فوزي محمد، 2001: 191، 192)

7- التموج:

ويعنى به أن المثير مصدر التنبيه رغم استمرار وجوده، فإن تأثيره يتلاشى إذا ظهر مثير دخيل، ثم يعود المثير الرئيسي في الظهور مرة أخري عندما ينتهي وجود المثير الدخيل.

8- التذبذب:

وهو يشير إلى أن مستوى شده المثير مصدر التنبيه يتذبذب، فمثلاً نلاحظ تذبذب انتباه الفرد بين الشدة والضعف أثناء متابعته لفيلم سينمائي تبعا لاختلاف قوة أحداث الفيلم(السيد على، فائقة بدر: 1999، 23).

معوقات الانتباه: -

إن كل الأطفال ليسوا سواسية في درجة تشتت انتباههم، فبعض الأطفال قد يحدقون إلى أجسام أو مناظر جديدة، أو يسمعون أصوات ربما تشتت أطفالاً ولا تشتت آخرين، فمعوقات الانتباه تختلف من طفل إلى آخر، وذلك تبعا للعوامل التالية:

أ- العوامل النفسية:

كثيراً ما يرجع تشتت الانتباه إلى عوامل نفسية، كعدم ميل الطالب إلى المادة، وبالتالي عدم اهتمامه بها، أو انشغال فكره الشديد بأمور أخرى رياضية أو اجتماعية أو عائلية أو إسرافه في التأمل الذاتي، واجترار المتاعب والآلام أو لأنه يشكو لأمر ما من مشاعر أليمة بالنقص أو الذنب أو الاضطهاد وهنا يجب التمييز بين شرود الذهن حيال مادة معينة أو موضوع معين، وبين الشرود العام مهما اختلف موضوع الانتباه، ذلك أن الشرود القسرى الموصول كثيراً ما يكون نتيجة لأفكار وسواسية تسيطر على الفرد، وتفرض عليه فرضا فلا يستطيع أن يتخلص منها بالإرادة وبذل الجهد، مهما حاول كأن تستحوذ عليه فكرة أن الناس تضطهده. (أحمد راجح، 1995: 197) وقد يرجع عدم الانتباه إلى أن المثير لا يثير اهتمامه أو بسبب صعوبة فهم دلالته، مما يثير القلق والتوتر لديه، ومن ثم الابتعاد عنه. (عزة سليمان، 2001: 44)

ب- العوامل الجسمية:

قد يرجع شرود الانتباه إلى التعب والإرهاق وقلة النوم واضطراب الغدد والفوضى في تناول وجبات الطعام التي تؤدى إلى سوء الهضم والاضطرابات المعوية. (محمد شحيمى،1994: 177) أو اضطراب في افرازات الغدد الصماء، هذه العوامل من شأنها أن تنقص حيوية الفرد وتضعف قدرته على المقاومة بما يشتت انتباهه، وقد لوحظ أن اضطراب الجهازين الهضمي والتنفسي مسئول بوجه خاص عن كثير من حالات الشرود لدى الأطفال. (أحمد راجح، 1995: 197)

ج- العوامل الاجتماعية:

تلعب العواملُ الاجتماعية دوراً هاماً في الشرود الذهني وتشتت الانتباه، وهى العوامل التي تعوق إشباع حاجاته، أو العوامل الناجمة عن الانهيار الأسرى والتفكك الأسرى وما يترتب عليها من مشكلات عديدة، أو تدنى اقتصادي وكل

هذه العوامل تتسبب بطريق مباشر أو غير مباشر في الشرود الذهني(فوزي محمد، 2001: 199).

د- العوامل الفيزيقية:

العوامل الفيزيقية المحيطة بالإنسان مثل الضوء والتهوية والحرارة والرطوبة والضوضاء كلها عوامل تسبب إزعاجا للفرد إذا زادت عن حدتها المألوفة، وهذه العوامل تتوقف على مدى تقبل الفرد لها ومواكبتها لظروف العمل، فهناك من الناس من يحب العمل أو المذاكرة مثلا في وجود الإنارة العالية، والبعض الآخر تسبب له الإنارة العالية نوع من الزغللة مما يؤدى إلى تشتت انتباههم(فوزي محمد، 2001: 198).

أنواع الانتباه:

أولا: الانتباه اللاإرادي: وهو الانتباه الذي يفرض علينا من المثيرات البيئية أو الذاتية المحيطة بنا، وهو لا يحتاج إلى نشاط ذهني أو تركيز للحواس وليس وراء حدوثه أي نوع من الدافع لأنه يتم بطريقة لاإرادية، فمثلا إذا حدث أن سمعنا صوت انفجار يؤدى ذلك إلى انتباهنا لهذا المثير ويختفي أثر الانتباه فور زوال المثير (فوزي محمد، 2001: 192)

ثانيا: الانتباه الإرادي: يحدث الانتباه الإرادي عندما نتعمد بإرادتنا توجيه انتباهنا إلى شيء ما، ويتطلب هذا النوع من الانتباه مجهوداً شعورياً من الفرد.

وينقسم الانتباه الإرادي إلى عدة أنواع هي:

1- **الانتباه الاعتيادي:** قد يحتاج الطالب إلى بذل مجهود كبير في تركيز انتباهه، في قراءة أحد الكتب المقررة في موضوع لا يميل إليه، ولكنه على العكس من ذلك قد يسترسل مدة طويلة في قراءة قصة مشوقة دون حاجة إلى بذل مجهود لكي يركز انتباهه من أجل تتبع أحداث القصة وهذا النوع من الانتباه يسمى بالانتباه الاعتيادي، لأن عاداتنا التي اكتسبناها من خبراتنا السابقة هي

التي تحدد المواقف التي نستجيب لها بمثل هذا النوع من الانتباه، وهكذا ينتبه كل إنسان إلى الأشياء التي اعتاد عليها من قبل الاهتمام بها، والتي تتفق مع عاداته وميوله واهتماماته(محمد نجاتي، 1995: 258).

2- الانتباه القصدي: هو نوع من الانتباه الإرادي للنموذج الملاحظ بدقة إدراكية تمكنه من اشتقاق المعلومات أو السلوكيات الأساسية التي تمكن المعلم من الاقتداء بالنموذج أو محاكاته (فتحي الزيات، 1996: 365) .

3- الانتباه طويل المدى: هو الانتباه الممتد أو المستمر لفترة، أو يظل الانتباه للشيء موضوع الانتباه لفترة من الزمن. (فتحي الزيات، 1998: 255)

4- الانتباه الموزع: هو محاولة الفرد توزيع انتباهه على شيئين أو أكثر في نفس الوقت(أحمد الشافعي، 2000: 127).

5- الانتباه الصريح: هو استخدام لغة الجسم في التعبير عن الانتباه. (فتحي الزيات، 1998: 310)

6- الانتباه التواصلي: هو الانتباه الذي يعزى إلى مهارات التواصل الاجتماعي قبل اللفظي، والذى يتيح للطفل أن يشارك الشخص الآخر خبر ومعايشة موضوع أو حدث، حيث يبدى الطفل بعض الانتباه غير اللفظي نحو الآخرين أو الأشياء، من خلال الإيماءات أو الإشارات أو الحركات أو التحديق بالنظر نحو موضوعات محددة (محمد قاسم،2001: 84) .

العوامل التي تؤثر في الانتباه

يزخر العالم من حولنا بالعديد من المثيرات التي يصعب الانتباه لها ويتعذر على المخ معالجة هذا القدر من المثيرات بسبب محدودية قدرتنا على تجهيز المعلومات من ناحية، ومن ناحية أخرى لأن جهازنا الحاسى كأي جهاز يعمل جيداً إذا كان مقدار المعلومات التي يتم تخزينها تقع داخل حدود قدراته أو

إمكاناته، وعلى ذلك نجد أن للانتباه محددات حسية عصبية، ومحددات عقلية معرفية، ومحددات داخلية، ومحددات خارجية (فتحي الزيات، 1995: 222) .

ونوضح ذلك كما يلي:

أ- المحددات الحسية العصبية:

تؤثر فاعلية الحواس والجهاز العصبي المركزي للفرد على سعة عملية الانتباه وفاعليتها لديه، فالمثيرات التي تستقبلها الحواس تمر بمصفاة أو نوع من الترشيح الذهني، وهذه المصفاة تتحكم عصبياً أو معرفياً أو انفعالياً في بعض هذه المثيرات، ولا تسمح إلا بعدد محدود من النبضات أو الومضات العصبية التي تصل إلى المخ، أما باقي المثيرات فتعالج تباعا، أو تظل للحظات قريبة على هامش الشعور، ثم لا تلبث أن تتلاشى. (فتحي الزيات،1998: 293)

ب- المحددات العقلية والمعرفية:

يؤثر مستوى ذكاء الفرد وبناؤه المعرفي وفاعلية نظام تجهيز المعلومات لديه على نمط انتباهه وسعته وفاعليته، فالأشخاص الأكثر ذكاء تكون حساسية استقبالهم للمثيرات أكبر ويكون انتباههم لها أكثر دقة بسبب ارتفاع مستوى اليقظة العقلية لديهم. وهذا بدوره يخفف من الضغط على الذاكرة قصيرة المدى مما يؤثر على نمط المعالجة وييسر تتابع عملية الانتباه، كما يؤثر البناء المعرفي للفرد ومحتواه كماً وكيفاً وحسن تنظيمه على زيادة فاعلية الانتباه وسعته ومداه،.حيث تكتسب المثيرات موضوع الانتباه معانيها بسرعة، ومن ثم يسهل ترميزها وتجهيزها ومعالجتها وانتقالها إلى الذاكرة قصيرة المدى، مما يؤدى إلى تتابع انتباه الفرد للمثيرات. (فتحي الزيات،1995: 223)

ج- المحددات الداخلية:

كثيراً ما تضطرنا بعض الظروف إلى حصر انتباهنا في بعض الأعمال الهامة، لإنجازها بالدقة والسرعة اللازمين، وكما أننا نبذل مجهوداً في أعمالنا فأننا

ايضا نبذل مجهوداً في إبعاد كثير من الأفكار أو الظروف التي تشتت انتباهنا وتبعدنا عن التركيز في أعمالنا الهامة. ويتضح من ذلك أن هناك عوامل داخل الفرد ذاته تتعلق بدوافعه وحاجاته واهتماماته تؤثر في انتباهه (محمد نجاتي،1995: 261)

ونوضحها كما يلي:

الدوافع:

تلعب الدوافع دوراً هاماً في جذب انتباه الأفراد تجاه منبه معين مرتبط بهذه الدوافع، فالفرد الجائع يثيره دافع الجوع في جذب انتباهه إلى لافتات المطاعم. والشخص الذي يبحث عن وظيفة يدفعه دافع المهنة إلى جذب انتباهه الإعلانات الخاصة بالوظائف الخالية، وكلما كان الدافع قويا كلما أدى ذلك إلى شدة الانتباه لموضوع الدافع (فوزي محمد، 2001: 195) .

الميول والاهتمامات:

تعتبر ميول واهتمامات الأفراد من أهم العوامل الداخلية التي تؤثر على الانتباه، فانتباه الشخص لموضوعات معينة في البيئة المحيطة تتحدد من خلال ميوله واهتماماته ودوافعه فعند سماع أغنية مثلا نجد أن الشخص الذي لديه ميول شعرية ينتبه إلى كلمات الأغنية، بينما نجد أن الشخص الذي يهوى الموسيقى ينتبه إلى الموسيقى وهكذا.

الحالة الجسمية والصحية:

تلعب الحالة الجسمية والصحية دوراً هاماً في الانتباه، فكلما كان الجسم نشطاً وسليماً كلما أدى ذلك إلى زيادة قدرة الفرد على تركيز انتباهه تجاه المثيرات والمنبهات التي يميل إليها، أما إذا انتاب الفرد التعب والإعياء أدى ذلك إلى تشتت الانتباه (فوزي محمد، 2001: 196) .

التهيؤ والاستعداد الذهني:

يساعد التهيؤ والاستعداد الذهني والعقلي للفرد تجاه موضوع معين إلى جذب انتباهه لهذا الموضوع. فمثلاً الطالب المجتهد والذي لديه استعداد وتهيؤ عقلي وذهني للتحصيل الدراسي فإنه يركز انتباهه تجاه المعلم. وكلما كان أكثر استعداد وتهيؤ كلما كان شديد الانتباه والتركيز. (فوزي محمد، 2001: 195)

د- المحددات الخارجية:

تتعلق العوامل الخارجية المؤثرة في الانتباه ببعض الظروف المتعلقة بالمنبه، والتي تجعله أكثر إثارة للانتباه وهذه الظروف هي:

1- شدة المنبه: شدة التنبيه عامل هام في إثارة الانتباه، فإذا تساوت العوامل الآخرى فإن المنبه الأشد يكون أكثر إثاره من المنبه الأضعف، فبوق السيارة الشديد يؤدى إلى تنبيه المارة من البوق الضعيف، والإضاءة الشديدة على واجهات المحلات، أدعى إلى انتباه المارة من الإضاءة الضعيفة. ورنين جرس سيارة المطافئ أكثر إثارة للانتباه من رنين الدراجة(محمد نجاتي، 1995: 260).

2- حجم المنبه: إن الأشياء ذات الأحجام الكبيرة تجذب الانتباه إليها أكثر من الأشياء ذات الأحجام الصغيرة. (السيد على، فائقة بدر، 1999: 24)

3- الإعادة والترديد: إن إعادة وترديد الصوت أو المنبه يثير انتباه الناس ومن ثم فان إعلانا عن موعد قيام أو وصول إحدى الطائرات بصورة معادة أكثر من مرة، وبطريقة ترديدية أجدى وأنفع للمسافرين، عن الإعلان الذي لا يعاد أو يتكرر. (عزت الطويل، 1995: 117)

4- موضع المنبه: إن لموضع المنبه والمثير أثر بالغ في جذب الانتباه، فقد أثبتت بعض الدراسات أن قارئ الصحف يهتم بقراءة الصفحة الأولى والأخيرة، وأيضا الاهتمام بقراءة النصف الأعلى من الصفحة، وكذلك مشاهدة المنبه الموجود في مكان بارز. كل ذلك دعا رجال الإعلان إلى وضع الإعلانات الهامة ذات التكلفة

العالية في أماكن بارزة وخاصة في الصفحتين الأولى والأخيرة لتكون أكثر جذباً لانتباه القارئ. (فوزي محمد، 2001: 194)

5- الجدة أو الحداثة: إن كل شيء جديد مختلف عما هو مألوف يثير الانتباه، ولذلك فان الأزياء الجديدة تثير الانتباه لاختلافها عما هو مألوف. وكذلك نلاحظ أيضا أن الحيوانات الغريبة الشكل تثير الانتباه. والجدة نوع من التباين لان الشيء الجديد متباين عما هو مألوف، ولذلك يثير الانتباه. (محمد نجاتي، 1995: 261)

6- طبيعة المنبه: لكل منبه طبيعته التي تحدد مقدار انتباهنا إليه، فهناك المنبه البصري والسمعي والتذوقي...وغيره. كما أن المنبهات أو المؤثرات البصرية متعددة وكذا السمعية، فهناك الصور البصرية كصورة رجل أو امرأة أو حيوان، وكذلك الصور السمعية كسماع موسيقى أو أحاديث أو شعر. وقد أثبتت الدراسات أن الصورة أكثر جذباً للانتباه من الكلمات ولذلك تركز وكالات الإعلان على الصور الجذابة في إعلاناتها. (فوزي محمد، 2001: 194)

7- تغير المنبه: إن المنبه المتغير يكون أكثر جذباً للانتباه من المنبه الثابت الذي يظل على حال واحدة أو سرعة واحدة كما أن تغير المنبه من حيث الشدة أو الحجم أو الموضوع له أثر كبير في جذب الانتباه، فكلما كان التغير فجائياً كلما زاد أثره في جذب الانتباه إليه، فنحن لا نشعر بدقات الساعة المنتظمة التي توجد في حجرة المكتب ولكنها إذا توقفت فجأة فإنها تجذب الانتباه إليها(السيد على، فائقة بدر،1999: 24).

8- الحركة: إن الأشياء المتحركة تجذب الانتباه إليها، فكلما كانت المنبهات متحركة فإنها تؤدى إلى جذب الانتباه أكثر من المنبهات الثابتة، لان الحركة تجعل المنبه أكثر فاعلية، ولذلك يستغل رجال الإعلان في تصميم اللوحات

الإعلانية ذات الإضاءة المتحركة حتى تجذب انتباه العملاء(فوزي محمد، 2001: 193، 194).

المظاهر الفسيولوجية للانتباه:

عندما يجذب مثير انتباهنا فإننا في العادة نقوم ببعض العمليات الفسيولوجية التي تزيد من درجة انتباهنا له وهى:

1- التكيف الحسي:

هو توافق الأعضاء الحسية، حيث تتكيف الأعضاء الحسية لاستقبال المثير، فإذا كان المثير ضوئياً فإننا ندير رأسنا إلى الاتجاه الصحيح له، وندير عيوننا بحيث يقع الضوء على القرنية. وهكذا فإن حدقة العين تتسع لتسمح لكمية أكبر من الضوء بالدخول إلى العين، كما تنقبض أو تنبسط عضلات العدسة لكي تصبح الصورة في أحسن وضع لها. (عبد الرحمن عدس، محيى الدين توق، 1998: 220)

ولقد أثبتت الدراسات الحديثة أن الرضع في سن تسعة أشهر أو أكثر، يزيد معدل النبض لديهم عندما تعرض عليهم مجموعة من الأقنعة، التي تمثل الوجوه الإنسانية، كذلك لوحظ ازدياد معدل النبض لدى الأطفال في سن سنة عندما يعرض عليهم مشهد تنحدر فيه سيارة لعبة من قمة ممر مائل إلى أسفل ذلك الممر لكي تصطدم بشيء مصنوع من البلاستيك ومن الطريف أن هؤلاء الأطفال كانوا يحولون بصرهم عن ذلك الشيء الذي ستصطدم به السيارة وكانت دقات قلبهم تزداد عندئذ، كما لو كانوا يتوقعون مقدما ما سيحدث. (محمد إسماعيل، 1995: 20)

أما إذا كان المثير سمعيا، فإننا قد نضع يدنا حول أذاننا لتركيز الصوت أو إننا ندير أحد الأذنين في اتجاه الصوت مع بقاء حركتنا ساكنة، وذلك حتى

يصبح بالإمكان استقبال المثير الصوتي الضعيف بأحسن صورة ممكنة. (عبد الرحمن عدس، محيى الدين توق، 1998: 220)

ايضا عندما نتذوق أو نشم، فإننا نهيىء اللسان والشفتين وعمليات التنفس إلى الموضوع، وعندما نريد أن نلمس سطح ما أو نتحسس جسماً معيناً فإننا نحرك الأصابع بالطريقة المناسبة، كما أننا نمنع الحركات الآخرى التي قد تتدخل مع النتيجة المطلوبة، فقد نغمض أعيننا عند المذاق، وأحياناً نمسك انفاسنا عند الإنصات الدقيق. (عبد الرحمن العيسوى، 1994: 187)

2- التهيؤ العقلي:

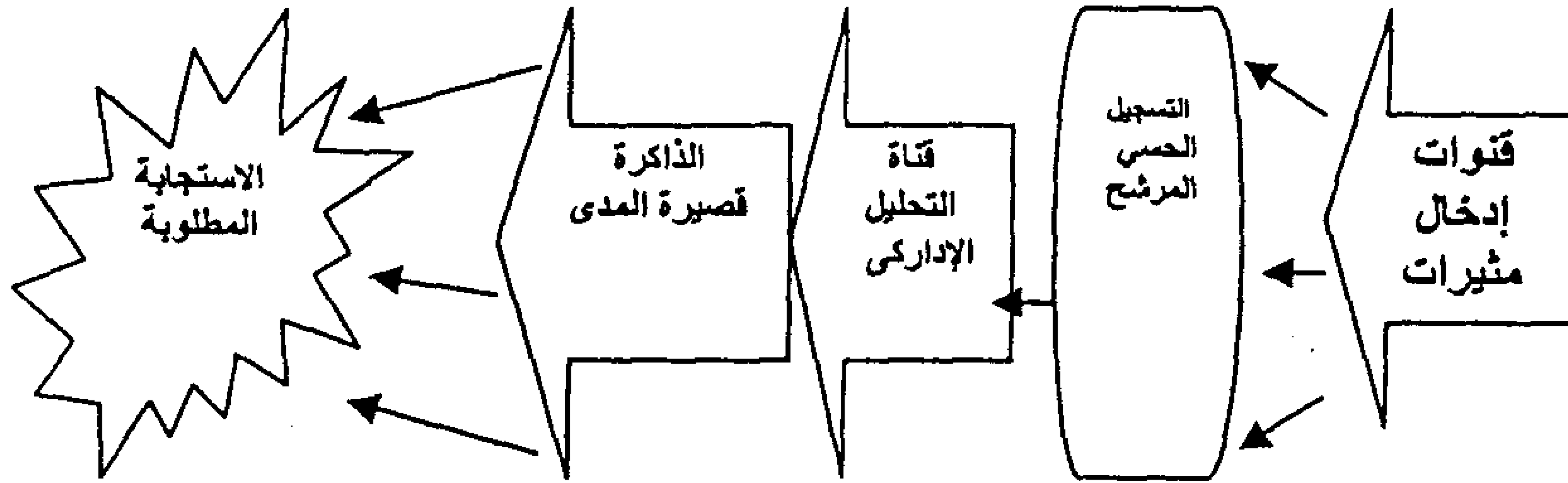
هو التوقعات العقلية إزاء الموضوع الذي يوجه إليه الانتباه. فالجهد الذي يبذل للانتباه إلى شيء في المجال البصري ليس أكثر أو أقل من الجهد الذي يبذل لتكوين فكرة جلية للصورة وتعمل الفكرة على مساعدة الإحساس وتجعله أكثر وضوحاً ومميزاً، ويحدث نوع من التوقع العقلي يسبق الشيء الذي ننتبه إليه، وهذا التوقع يوجد في كل عملية انتباه، فعندما نتوقع أن تدق ساعة الحائط فان عقولنا تكون مشبعة بصوتها، لدرجة انه في كل لحظة نشعر إننا نسمع الدقات المنتظرة، وكذلك الحال عند توقع وقع أقدام شخص ما، فإننا نشعر بأي حركة على أنها وقع أقدام. (عبد الرحمن العيسوى، 1994: 189)

النماذج والنظريات المفسرة للانتباه: -

لقد ظهر عديد من النماذج التي تفسر حدوث عملية الانتباه، واعتمد كل نموذج من هذه النماذج على تصور خاص لعملية الانتباه. ومن هذه النماذج ما يلي:

نموذج برودبنت (Broadbent model)

نموذج برودبنت



يسمى هذا النموذج بنموذج الانتباه الاختياري ويرى أن الانتباه ما هو إلا مفتاح توصيل بين مصدرين متنافسين من المعلومات وهذه المعلومات قد تكون من مصدر واحد. ويشير هذا النموذج إلى انه يتم اختيار المثيرات ذات الصلة الوثيقة ببعضها على أساس الخصائص الفيزيقية للمثيرات مثل الشدة والتردد. (ابتسام حامد، خالد إبراهيم، 2001: 25)

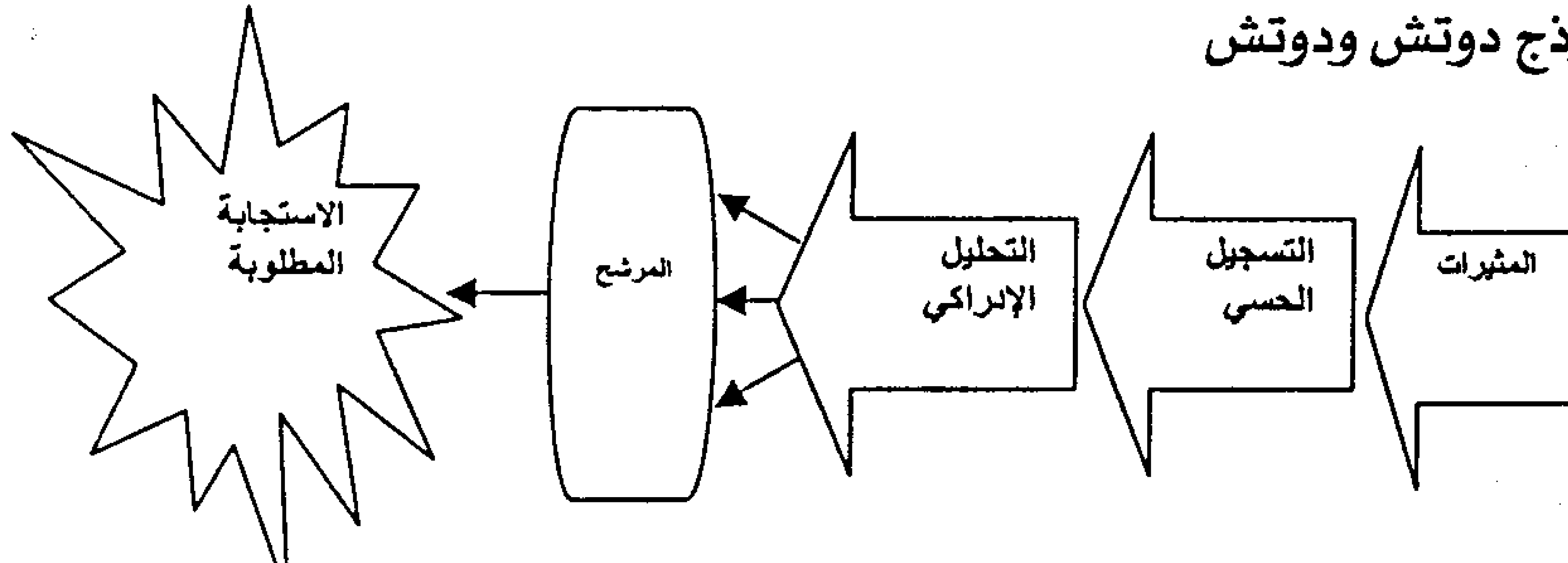
وقد أوضح برودبنت (1958) أننا نواجه عدد هائل من المثيرات أكثر مما تستقبله السعة المحدودة لقنواتنا الحسية، لذلك نحن نحتاج إلى ميكانيزمات (آليات) لتصنيف المثيرات الخارجية، ولتحديد الذي يسمح له بالدخول، والذي يمنع من الدخول، وهذا الميكانيزم هو المرشح الذي يستخدم في انتقاء المثير الهام الانتباه. (Rosenhan & Seligman, 1995, 429)

ويشير برودبنت أن الهدف من المرشح أنه يمنع تحمل الجهد الزائد في الذاكرة قصيرة المدى ويتم نقل المعلومات بواسطة المرشح والتي يتم تمييزها على أساس المعنى وذلك باستخدام نظام التحليل السيمانتى في الذاكرة طويلة المدى ويتم استعادة هذه المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى والتي تعطى الاستجابة في الحال أو تخزن في الذاكرة طويلة المدى. ويعتبر نموذج برودبنت هو التصميم الأول الذي يصف كيف أن الفرد يصغى إلى بعض المثيرات بينما يهمل الأخرى (القدرة على الانتباه الاختياري) وفي هذا النموذج تنتقل المعلومة من المخزن الحسي إلى المخزن قصير المدى وبعد ذلك إلى المخزن طويل المدى ويتم التحكم الإرادي لهذا

النظام بواسطة الانتباه الاختياري أو المرشح والذي يكون موقعة بين المخزن الحسي والذاكرة قصيرة المدى. (ابتسام حامد، خالد إبراهيم، 2001: 27،28)

نموذج دوتش – دوتش (Deutsch & Deutsch Model)

نموذج دوتش ودوتش



وقد افترض دوتش – دوتش أنه عندما يتعرض الفرد للمثيرات يتم دخولها في عملية التحليل الإدراكى وبعدها يتم اختيار السلوك التنبهي ثم تتم عملية اختيار الاستجابة. ويرى دوتش – دوتش أن المثيرات المتلاقية في المعنى تسير في توازى دون حدوث تداخل بينها. وأن كل الأحاديث تسمع ولكن حديث واحد فقط هو الذي يتم الاستجابة إليه. (ابتسام حامد، وخالد إبراهيم، 2001: 28، 29) فالانتباه يحدث من خلال قناة ضيقة تسمح بمرور مصدر مفرد واحد للمعلومات. (Sternberg, 1999, 95).

نموذج سعة الانتباه لكناهنمان

ويشير هذا النموذج إلى كيفية دفع الفرد للانتباه نحو موضوعات معينة وتفاعله معها، ونجد أن الإسهام الهام الذي قدمه كناهنمان هو توضيح العلاقة بين الجهد والانتباه، حيث تتوقف هذه العلاقة على درجة تعقيد المهمة، فالشخص عند أداء أي مهمة ما يقوم بتقسيم الجهد والانتباه تبعا لشدة تعقيد هذه المهمة، فيمكن للشخص أن يستخدم جزءاً من الجهد المعرفي عند أداء مهمة معينة ويدخر ما تبقى لمهمة أخرى، فمثلاً إذا كنت مندمج في مهمة ما تتطلب منك مجهود قليل أو عمل عقلي قليل، مثل قيادة السيارة لمسافة طويلة على طريق مألوف بالنسبة لك، مع انخفاض عدد السيارات التي تسير على هذا الطريق، وفي

ظروف مناخية جيدة، فيمكن توزيع الجهد على مهمة القيادة ومهمة أخرى مثل إجراء محادثة مع شخص آخر أو الاستماع إلى الراديو. بينما عندما تقود السيارة على نفس الطريق في ظروف جوية سيئة، نجد أنك تحتاج إلى جهد مباشر بدرجة كبيرة، ولا تستطيع الإنصات إلى الراديو. فعندما تكون المهام بسيطة جداً يستطيع الفرد أن ينتبه إلى أكثر من مدخل في نفس الوقت، وعندما تكون المهمة شديدة التعقيد فإننا نحتاج إلى وسائل للانتباه لها قدرة كبيرة على معالجة هذه المهمة المعقدة، بينما وسائل الانتباه ذات القدرة الأقل على المعالجة تكون متاحة للمدخلات الآخرى التي تتطلب جهداً قليلاً(Jahnke & Nowaczyk, 1998, 29)

نموذج نيسر – نورمان

ويطلق هذا النموذج على اسم النموذج متعدد القنوات ذو السعة الانتباهية المحدودة يرى نيسر انه لكي يحدث الانتباه لابد من التركيز على موضوع معين أو مثير معين أو مثيرات محدودة ولكي يتم ذلك لابد من أن تميز بين الموضوع أو المثير من خلال خلفيتة البيئية. ويفترض نيسر وجود مرحلة أولية للانتباه والتي تتميز بالتحليل الشامل للموضوع بأكمله وعندما تتم هذه المرحلة الأولية يتم الانتقال إلى مرحلة أعقد في التحليل وتسمى هذه المرحلة بمرحلة الانتباه المركز، وخلال هذه المرحلة الأخيرة فانه يتم تحليل الموضوع أو المثير إلى مظاهر معلوماتية خاصة، وحينئذ فإننا نتحرك إلى تخيل أكثر تركيزا (ابتسام حامد، وخالد إبراهيم، 2001: 31، 32).

نظرية الانتباه وملاحظة الاستجابة

وتعتبر هذه النظرية انتقائية شاملة لكل نظريات الأداء في الأعمال التيقظية، فقد قام سترو 1971 بوضع تلك النظرية والمسماة بنظرية اكتشاف الإشارة. وقد وجد " سترو" أن العامل الأساسي الذي يؤدى إلى الانخفاض في التيقظ هو حياد المرشح أو إزاحة الانتباه نحو أحداث داخلية أو أحلام اليقظة أو أحداث داخلية

ليست لها علاقة بالعمل. ويشير" سترو" أن الأفراد الذين يطلب منهم ملاحظة عدد هائل من المثيرات الإشارية، فإن هذه المثيرات تفقد من قابليتها لتجديد إشارتها وتحدث عملية كف للجهاز العصبي عند الاستجابة لتلك المثيرات، سواء أكانت ذات مصدر داخلي أو خارجي وحدوث كف للاستجابة، بالإضافة إلى الميل البسيط جداً نحو المواقف الأكثر تيقظاً يحدثان نقصا في مستوى التنشيط الفسيولوجي للفرد وبذلك تؤثر مستويات التنشيط عالياً على حياد المرشح العصبي لانتقادات الأحداث الداخلية والتي بدورها يكون لها ميل نحو المستويات المنخفضة للتنشيط ونجد أن مستوى تنشيط الفرد يؤثر على المستوى العام لأدائه على الأعمال التيقظية والتي تتطلب من الفرد أن يركز انتباهه (ابتسام حامد، وخالد إبراهيم، 2001: 32).

ومما سبق نجد أن كل نموذج يفسر الانتباه بطريقة مختلفة عن النموذج الآخر. فنموذج برودبنت يرى أن الانتباه ما هو إلا مفتاح توصيل بين مصدرين من المعلومات ويتم فيه اختيار المثيرات ذات الصلة ببعضها بعد مرورها على المرشح ويرى أن الرسالة غير المسموعة لا تترجم إلى شفرة في التحليل الإدراكي ونتيجة ذلك الرسالة لا تسمع. أما دوتش ركز على عمليه التحليل الإدراكي التي تحدث فور صدور المثير وبعدها يحدث اختيار السلوك. ويرى أن كل الأحاديث تسمع ولكن واحد فقط هو الذي يتم الاستجابة إليه. أما كناهنمان فيشير إلى أنه عندما تكون المهمة شديدة التعقيد، فإن ذلك يحتاج إلى جهد كبير، وبالتالي نحتاج إلى وسائل للانتباه لها سعة كبيرة وقدرة على معالجة هذه المهمة، بينما إذا كانت المهام التي ينتبه إليها الفرد بسيطة فأنها تتطلب جهداً بسيطاً ومن ثم يمكن أن ينتبه لأكثر من مثير في نفس الوقت حيث يتوقف الانتباه على درجة تعقيد المهمة. ويرى نيسر انه لكي يحدث الانتباه لابد من التركيز على موضوع معين أو مثير معين أو مثيرات محدودة ولكي يتم ذلك لابد من أن نميز بين

الموضوع أو المثير من خلال خلفيتة البيئية. أما" سترو" فقد وجد أن العامل الأساسي الذي يؤدى إلى الانخفاض في التيقظ هو حياد المرشح أو إزاحة الانتباه نحو أحداث داخلية أو أحلام اليقظة أو أحداث داخلية ليست لها علاقة بالعمل.

ومن خلال ما سبق عرضه يتضح أن المعايير التي يتم على أساسها انتقاء المثيرات، تتوقف على الخصائص الفيزيائية المميزة لهذه المثيرات، بالإضافة إلى ميول ودوافع الفرد، ومدى قدرته على اختيار ما يناسبه من هذه المثيرات. ومن هنا وضعت الباحثة في اعتبارها عند تصميم البرنامج أن تتميز المثيرات المستخدمة في جلسات البرنامج بعدة خصائص هي أن تكون: كبيرة الحجم، متباينة، تتميز بالحداثة، وأن تكون المهام التي ينتبه إليها الطفل بسيطة حتى لا تتطلب منه جهداً كبيراً. ومن هنا تتبنى الباحثة نموذج كناهنمان، الذي يشير إلى وجود علاقة بين درجة تعقيد المهمة وقدرة الطفل على الانتباه، حيث أخذت في اعتبارها أن تكون الأنشطة التي تتضمنها جلسات البرنامج غير معقدة وتتميز بالبساطة.

الذاتوية واضطراب الانتباه:

يعتبر اضطراب الانتباه أحد المشاكل الظاهرة في الذاتوية والتي تؤثر بشكل كبير على الطفل الذاتوى (محمد على، 2003: 57) ويجد الأطفال الذاتويين صعوبة كبيرة في الانتباه للمثيرات عندما تقدم إليهم مع المثيرات المشتتة في وقت واحد وتزداد مدة تشتت الانتباه لدى الأطفال الذاتويين في المواقف التي تحتوى على مجموعة متنوعة من الناس مما يؤدى إلى انخفاض قدرتهم المتعلقة بالوظيفة الاجتماعية في المواقف البينشخصية (Willson et al, 1996, 505) .

ومع أن الأشخاص الذاتويين قادرون على نقل انتباههم بين شكل أو شيء وآخر، فان ذلك يستغرق منهم وقتاً أطول بكثير مما يحتاجه الشخص العادي، فقد وجد كورشنى وزملاؤه (1994) أن الشخص الذاتوى يحتاج إلى 2،2 ثانية لنقل انتباهه من شكل إلى آخر، بينما يحتاج الشخص الطبيعي أجزاء من الثانية

ليفعل ذلك. وعندما نفكر في كمية المعلومات التي يمكن تقديمها في تلك الفترة القصيرة، وفي عدد عمليات النقل اللازمة، يصبح لهذا الوقت أهمية كبيرة في عملية التعلم، لأن الأشخاص الذاتويين قد يضيع عليهم جانب هام من المعلومات التي يتم تقديمها (وفاء على، 2004: 283) .

ويعاني الأطفال الذاتويين من مشكلات عديدة في عملية الانتباه. ومن هذه المشكلات نجد الانتقائية الشديدة للمثيرات حيث نجد أن غالبية الأطفال الذاتويين يركزون انتباههم على شيء واحد فقط من بين أشياء عديدة أو ينتبهون إلى جزء أو جانب فقط من الشيء ولعل هذا ما يفسر لماذا يستطيع الأطفال الذاتويين الانتباه للأشياء الشاذة أو الثانوية في البيئة والتي نادراً ما ينتبه إليها الطفل العادي.

وقد أشارت دود (2005) إلى مجموعة من صعوبات الانتباه التي يعانى منها الطفل الذاتوى والتي تتمثل فيما يلي: صعوبة الانتباه الموجه حيث يواجه بعض الأطفال الذاتويين صعوبة في توجيه انتباههم نحو مصدر المثير فمثلاً عندما يكون هناك صوت أو رائحة ما فإن بعض الأطفال لا يمكنهم توجيه انتباههم لتحديد مصدر هذا الصوت أو تلك الرائحة. كما يجدون صعوبة الانتباه لشيء ما في صورته الكلية بتفاصيله الأساسية وإنما نجدهم يركزون انتباههم على تفصيل جزئي من هذا الشيء وهذا ما يسمى بالانتباه الانتقائي وأيضا يجدون صعوبة في تحويل انتباههم من موضوع إلى آخر ومن نشاط إلى آخر فمثلا قد ينتبه طفل ذاتوى إلى شرح معلمته وهى تتحدث ولكن عندما تنتقل المعلمة لكتابة شيء على السبورة فان هذا الطفل يجد صعوبة بالغة في تحويل انتباهه من المثير السمعي إلى المثيرُ البصري. وهنا نجد أن لديه صعوبة في الانتباه التحويلي. كما يجدون صعوبة في الإبقاء على انتباههم لمثير ما فترة كافية لفهم هذا المثير إلا إذا كان هذا المثير يدخل في نطاق اهتماماتهم فمن الممكن في هذه الحالة أن تمتد

الفترة الخاصة بالانتباه لهذا المثير لفترة طويلة، قد تصل في بعض الأحيان إلى عدة ساعات، وهذا ما يسمى بالانتباه الممتد أما الانتباه التكاملي فلا يستطيع غالبية الأطفال الذاتويين معالجة وتكامل المعلومات من خلال الانتباه لمصادر مختلفة في وقت واحد حيث لا يمكن للطفل الذاتوى أن يحدث تكامل ومعالجة لمعلومة ما من خلال الانتباه لمثيرين أو لمصدرين عن هذه المعلومة مثل السمع والبصر في نفس الوقت(Dodd, 2005, 51).

ويضيف بريزانت وآخرون (2003) مجموعة من مظاهر اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين وهما:

- صعوبة التوجه إلى، والإصغاء والالتفات إلى الآخرين
- صعوبة نقل وتبديل النظرة بين الأشخاص والأشياء
- صعوبة توجيه انتباه الآخرين تجاه الأشياء أو الأحداث من أجل مشاركة الخبرات (Prizant et al, 2003, 301)

وترى الباحثة أن الطفل الذاتوي يجد صعوبة في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون وإذا حدث وانتبه إلى أشياء معينه يكون من خلال التوجيه من الآخرين، وكذلك يجد صعوبة في المتابعة خلال القيام بتنظيم الأعمال، ويجد صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه أثناء القيام بعمل معين، كما أنه يحول انتباهه من نشاط إلى آخر قبل أن يكمل النشاط الأول، ويبدو عليه عدم الإصغاء عندما يتحدث إليه أحد، ويتشتت بسهولة بالمثيرات الخارجية، ويجد صعوبة في الاستمرار في الانتباه بشكل متواصل، ويجد صعوبة في الجلوس منتبه إذا ما طلب من ذلك. ولهذا ففشل الطفل في الانتباه إلى الأشياء المحيطة به يجعله غير قادر على التواصل مع من حوله.

ثالثاً: المهارات الاجتماعية

تمهيد:

يعزى الاهتمام بالمهارات الاجتماعية إلى كونها من العناصر المهمة التي تحدد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في السياقات المختلفة والتي تعد في حالة اتصافها بالكفاءة من ركائز التوافق النفسي على المستوى الشخصي والمجتمعي (طريف شوقي، 2003: 17) .

ونجد أن كثيراً من تقدمنا أو نجاحنا في حياتنا يعتمد إلى حد كبير على اكتسابنا المهارات الاجتماعية فهى أساس النجاح، وبناءا على ذلك فإن نجاح الفرد في اكتساب المهارات الاجتماعية يساعده على إقامة العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين وكذلك اكتساب العديد من الخبرات الاجتماعية.

وفي هذا السياق ينبغي أن نوضح المقصود بالمهارة بصورة عامه فهي تعنى قدرة الفرد على أداء المهام المختلفة بسرعة ودقة، فهي حركات متتابعة ومتسلسلة يتم اكتسابها عن طريق التدريب المستمر بحيث تصبح عادة متأصلة في سلوك الطفل فيقوم بها دون سابق تفكير في أي من خطواتها أو مراحلها(سعدية بهادر، 1992 : 128).

تعريف المهارة الاجتماعية: -

قدم الباحثون والمتخصصون تعريفات كثيرة للمهارة الاجتماعية يتصف بعضها بالعمومية، ويتصف بعضها الآخر بالخصوصية. وفيما يلي بعض هذه التعريفات:

تعريف (كمال الدسوقي، 1990) للمهارة الاجتماعية بأنها المهارة في أداء التفاعلات الاجتماعية التي تجرى بين فردين أو أكثر والقدرة على الاستجابة للتعديل أو التغير في سلوك الآخرين ومهارة الشخص في أن يكون متكيفاً مع مطالب المجتمع والتعاون مع الآخرين في استجابة متفتحة، أي أنها المهارات

الخاصة بقدرة الفرد على اكتساب السلوكيات المطبعة اجتماعياً عند تفاعله مع الآخرين مما يؤدى إلى تزايد قدرته على النجاح في العيش اجتماعيا (كمال الدسوقي، 1378: 1990) .

ويقرر سبينس (Spence 1991) أن المهارات الاجتماعية هى المكونات المعرفية والعناصر السلوكية اللازمة للفرد للحصول على نواتج إيجابية عند التفاعل مع الآخرين مما يؤدى إلى إصدار الآخرين لأحكام وتقييمات إيجابية على هذا السلوك (Spence, 1991, 149) .

ويعرفها (محمد السيد 1991) بأنها قدرة الطفل على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين والتعبير عن المشاعر السلبية والايجابية لديهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي وبما يتناسب مع طبيعة الموقف (محمد السيد، 1991: 245) .

ويرى ايان وكونستانس (Ian & Constance 1992) أن المهارة الاجتماعية هي قدرة الشخص على أن يأتي بسلوكيات تحظى بقبول الآخرين، والابتعاد عن السلوكيات التي تلاقى بعدم الاستحسان من الآخرين ويكون الشخص ماهراً اجتماعياً مادام قادراً على استثارة ردود أفعال إيجابية من البيئة الاجتماعية المحيطة به(Ian & Constance 1992, 72) .

ويعرفها (جمال الخطيب 1993) بأنها أنماط سلوكية يجب توافرها لدى الفرد ليستطيع التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بالوسائل اللفظية وغير اللفظية وفقا لمعايير المجتمع(جمال الخطيب، 1993: 200).

ويذكر (محمد إسماعيل 1995) أنها القدرة على التفاعل المقبول بين الأفراد في إطار المعطيات الثقافية السائدة في المجتمع. (محمد إسماعيل،1995: 25)

ويشير (جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي1995) أنها قدرة عالية مكتسبة على أداء نمط من السلوك الذي يستهدف التأثير في الآخرين (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي، 1995: 356) .

ويرى (عبد المنعم الحفنى، 1995) أن المهارة الاجتماعية هي مهارة الشخص الواعي بالتفاعل الاجتماعي في بيئته، يترقى صعدا في هذه البيئة من حيث الأدوار الاجتماعية وتمثلها والتعامل بكفاءة مع مختلف المواقف الاجتماعية (عبد المنعم الحفنى، 1995: 267) .

ويشير مجدي احمد (1996) إلى المهارة الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على أن يكون ماهراً اجتماعياً أو كفئاً ويظهر مودته للناس، ويبذل جهده ليساعد الآخرين، ويكون دبلوماسياً (لبقاً) في معاملته لاصدقاءه وللأغراب، والشخص الماهر اجتماعياً يتميز بأنه ليس انانياً يحب الآخرين ويساعدهم(مجدي احمد، 1996 : 261).

وتعرف (باتريسيا وآخرون 1997) المهارة الاجتماعية بأنها تعتبر مكوناً أساسياً من مكونات الشخصية، ويتحدد مدى امتلاك الفرد للمهارات الاجتماعية بمدى نجاحه في التعامل مع العالم الخارجي وتتكون المهارة الاجتماعية لدى الأطفال من خلال أساليب التعزيز للسلوك الاجتماعي الذي يؤديه الطفل مثل الاستحسان أو الابتسام أو المكافأة الشفوية مما يؤدى إلى أن يكرر الطفل مثل هذا السلوك، أما عدم الموافقة أو النقد الشفهي أو التهجم والعبوس يجعل الطفل يكف عن تكرار هذا السلوك(Patricia & et al, 1997, 384).

ويعرفها على عبد السلام (2001) بأنها المهارات التي يكتسبها الفرد من خلال تفاعله الاجتماعي مع البيئة المحيطة وتتحدد وفقاً للمعايير الثقافية للمجتمع وتعتبر محكاً أساسياً على قدرة الفرد على التوافق والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (على عبد السلام، 2001: 50) .

وترى سهير محمد (2002) أن المهارات الاجتماعية هي قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي مع أقرانه والاستقلال والتعاون مع الآخرين والقدرة على ضبط الذات، إلى جانب توافر المهارات الشخصية في إقامة علاقات إيجابية بناءه وتدبير الأمور والتصرفات مع القدرة على التحكم في المهارات الأكاديمية(سهير محمد، 2002: 112).

ويشير أحمد اللقانى، وعلى أحمد (2003) إلى المهارات الاجتماعية بأنها المهارات التي يغلب عليها الأداء الاجتماعي والتي تسعى أن يكتسبها الفرد من خلال عملية التعلم كمهارات العمل مع جماعة، ومهارات التحدث والتفاعل مع الآخرين (أحمد اللقانى، وعلى أحمد، 2003: 309) .

ويوضح ناجى مرشد (2003) أن هناك من يتعامل مع المهارات الاجتماعية بوصفها مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي يتعلمها الأطفال وقدرتهم على التعبير عن مشاعرهم الايجابية والسلبية، والتفاعل مع الآخرين والتأثير فيهم، ومدى تقبلهم، والضبط الانفعالي الاجتماعي أثناء المواقف الاجتماعية والبينشخصية، والذي يحقق لهم الوصول إلى هدف معين عن طريق استجابتهم لتلك المواقف الدرامية(ناجى مرشد، 2003: 88).

ويعرف طريف شوقي (2003) المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على أن يعبر بصورة لفظية وغير لفظية عن مشاعره وأرائه وأفكاره للآخرين وأن ينتبه ويدرك في الوقت نفسه الرسائل اللفظية وغير اللفظية الصادرة عنهم ويفسرها على نحو يسهم في توجيه سلوكه حيالهم وأن يتصرف بصورة ملائمة في مواقف التفاعل الاجتماعي معهم ويتحكم في سلوكه اللفظي وغير اللفظي فيها ويعدله على نحو يساعده على تحقيق أهدافه (طريف شوقي، 3003: 52) .

وتبين رانيا محمد (2005) المهارات الاجتماعية بأنها تلك العناصر السلوكية المكتسبة التي تمكن الطفل من التعايش والتفاعل الايجابي مع الآخرين في

المجتمع من خلال التقييم الجيد للمواقف وإبداء حسن التصرف فيها ومن ابرزها القدرة على تبادل الحوار والتفاوض والمناقشة والتعاون في إنجاز تلك المهام التي تمكن الطفل من تكوين صور عن ذاته وعن الآخرين من خلال الفعل ورد الفعل(رانيا محمد، 2005: 24، 25).

ويعرف كل من عادل عبدالله، وسليمان محمد (2005) المهارات الاجتماعية بأنها مجموعة الاستجابات والأنماط السلوكية الهادفة اللفظية منها وغير اللفظية التى تصدر عن الطفل والتي تتضمن المبادأة بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين والتعاون معهم ومشاركتهم ما يقومون به من أنشطة والعاب ومهام مختلفة وتكوين علاقات اجتماعية إيجابية وصداقات معهم والتعبير عن المشاعر والانفعالات نحوهم واتباع القواعد والتعليمات والقدرة على مواجهة وحل المشكلات الاجتماعية المختلفة(عادل عبدالله، وسليمان محمد، 2005: 409).

خلاصة وتعقيب:

من خلال العرض السابق لتعريفات المهارات الاجتماعية نجد أنه لا يوجد تعريف محدد للمهارات الاجتماعية نظرا لاتساع مفهومها من جهة وما يطرأ على هذا المفهوم من تغيير بسبب التطور العلمي المستمر في دراسات هذا المجال من جهة أخرى، وبذلك تعددت التعريفات التي قدمها العلماء والباحثون للمهارات الاجتماعية، ويمكن إرجاع هذا التعدد في التعريفات إلى أن المهارات الاجتماعية تختلف بإختلاف الموقف وما يحدث فيه من تفاعلات، وادراك الفرد لذلك الموقف وطريقة أدائه واستجابته له، وبرغم الاختلافات في الآراء والتعريفات الموضوعة لهذا المصطلح إلا انه يمكن استخلاص عدة نقاط تتمثل في:

- أن المهارات الاجتماعية مهارات تفاعلية، حيث تؤكد التعريفات السابقة على التفاعل مع الآخر، الود في العلاقات الشخصية، إقامة علاقات وثيقة مع المحيطين به.

- أن المهارات الاجتماعية تمكن الفرد من أن يكون مقبولاً اجتماعياً فالفرد يحقق أهدافه دون ترك آثار سلبية أو إلحاق الأذى بالآخرين، لذا فهي تؤدى إلى زيادة احتمالات حدوث الاستجابات وردود الأفعال الايجابية.
- أن اكتساب المهارات الاجتماعية يؤدى إلى زيادة تفاعل الفرد مع الآخرين وزيادة المشاركة الاجتماعية والثقة بالنفس.
- أن المهارات الاجتماعية هي سلوكيات اجتماعية مكتسبة تتضمن سلوكيات لفظية وغير لفظية.
- اهتمت معظم هذه التعريفات بنتائج اكتساب المهارات الاجتماعية على الفرد وأطراف التفاعل.

وفي ضوء ما سبق تمكنت الباحثة من وضع تعريف للمهارات الاجتماعية على النحو الاتى:

"المهارات الاجتماعية هي مجموعة من السلوكيات المكتسبة التي تمكن الطفل من التفاعل الايجابي مع الآخرين وتعطيه القدرة على أن يدرك ما يصدر عنه من سلوكيات بشكل صحيح يساعده على حسن التصرف في مواقف التفاعل الاجتماعي وأن يكون قادراً على تعديل سلوكه والتحكم فيه بما يتناسب مع المواقف المختلفة ومعايير المجتمع".

أهمية المهارات الاجتماعية:

تعتبر المهارات الاجتماعية بمثابة بوابة عبور الطفل إلى عملية التفاعل مع المجتمع، حيث يعد التواصل والتفاعل الاجتماعي والقدرة على مشاركة الآخرين عوامل مهمة وضرورية لنمو العلاقات الاجتماعية للطفل منذ المراحل المبكرة في حياته، لذا تعد المهارات الاجتماعية التي يستطيع الطفل توظيفها بالصورة الصحيحة في حياته أحد المؤشرات المهمة على الصحة النفسية، ويعد افتقار الطفل لمثل هذه المهارات عائقاً قوياً يعرقل إظهار الكفاءات الكامنة لديه ويحول

دون إشباع حاجاته النفسية لأن هذه المهارات هي التي تؤهل الطفل للاندماج مع الآخرين والتفاعل معهم بصورة إيجابية(Factor & Schilmoeller, 1983, 41).

ويرى (محمد الشيخ، 1985) أن المهارات الاجتماعية تمكن الطفل من إظهار مودته للآخرين وتمكنه من بذل الجهد في مساعدتهم مع القدرة على تعديل السلوك في الاتجاه المرغوب والأكثر تأثيرا مما يؤدى إلى التأثير في الآخرين بطريقة إيجابية ومفيدة للفرد (محمد الشيخ، 1985 : 143) .

وقد ذكر(Kirk & et al, 1993) إن المهارات الاجتماعية هي التي تسمح للفرد بسهولة التحرك خلال التفاعلات الاجتماعية اليومية مع الآخرين، والشخص ذو النقص في هذه المهارات لا يستطيع الاندماج في جماعة، ويحتاج تعليمات مباشرة حتى يحدث له تكيف شخصي واجتماعي(Kirk & et al, 1993, 198).

وتشير (سعدية بهادر 1992) إلى اهمية المهارات الاجتماعية فيما يلي:

- تعتبر المهارات الاجتماعية عاملاً هاماً في تحقيق التكيف الاجتماعي داخل الجماعات التى ينتمون إليها وكذلك المجتمع.
- يساعد اكتساب الأطفال لتلك المهارات على استمتاع هؤلاء الأطفال بالأنشطة التي يمارسونها وتحقيق إشباع الحاجات النفسية لهم.
- تفيد المهارات الاجتماعية الأطفال في التغلب على مشكلاتهم وتوجيه تفاعلهم مع البيئة المحيطة.
- تساعد المهارات الاجتماعية الأطفال على تحقيق قدر كبير من الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس والاستمتاع بأوقات الفراغ.
- تساعدهم على الثقة في النفس ومشاركة الآخرين في الأعمال التي تتفق وقدراتهم وإمكانياتهم.
- تساعدهم أيضا على التفاعل مع الرفاق والابتكار والإبداع في حدود طاقاتهم الذهنية والجسمية(سعدية بهادر، 1992: 29، 30).

ويتضح مما سبق مدى أهمية المهارات الاجتماعية بالنسبة للطفل، حيث تساعده على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، والتفاعل معهم بأساليب تلقى قبولاً اجتماعياً لاتفاقها مع المعايير الاجتماعية السائدة، وتكسبه كذلك الثقة بالنفس والقدرة على مواجهة مواقف الحياة المختلفة، والقدرة على تحمل المسئولية، أما قصور المهارات الاجتماعية لدى الطفل فقد يؤدى إلى عجز الطفل عن التفاعل الناجح مع الآخرين وقد يكون سبباً للكثير من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تصيب الطفل.

فافتقاد المهارات الاجتماعية أو قصورها لدى الطفل يعد من الأسس الرئيسية للاضطراب النفسي نظراً لارتباطه بالعديد من جوانب ضعف التفاعل الاجتماعي الايجابي، ويظهر القصور في المهارات الاجتماعية في صورة العديد من الاضطرابات والمشكلات التي يلعب فيها هذا القصور الدور الاساسى مثل حالات القلق الاجتماعي والخجل وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات الايجابية مثل العجز عن إظهار مشاعر المودة والاهتمام كما يتبدى أيضا في السلبية التي تتمثل في عدم القدرة على التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان، وقد يأتي القصور مصاحباً لكثير من الاضطرابات السلوكية عند الأطفال، بما في ذلك الاضطرابات العصبية والذهنية والسيكوفسيولوجية يصاحبها قصور واضح في المهارات الاجتماعية يتمثل في العجز عن القيام بالحوار مع الآخرين وعدم القدرة على الاستجابة للتفاعل الاجتماعي(عبد الستار إبراهيم آخرون، 1993 : 104).

مظاهر قصور المهارات الاجتماعية:

تتضمن مظاهر قصور المهارات الاجتماعية ثلاثة أبعاد هي:

1- **مظاهر قصور في المهارة الاجتماعية**

نجد أن التدريب للأطفال ذوي القصور في المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل بشكل ملائم مع الأقران يتم تحقيقه من خلال التعلم بالملاحظة أو تشكيل النموذج.

2- **مظاهر قصور في الأداء**

نجد أن الأطفال الذين يمتلكون مظاهر قصور في الأداء قد يكون لديهم المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي ولكنهم لا يؤدونها بسبب القلق وقلة الدافع.

3- **مظاهر قصور في التحكم الذاتي**

نجد أن الأطفال الذين يتعرضون لمظاهر قصور في التحكم الذاتي غالباً ما يفتقرون إلى ضوابط سلوكية ملائمة لقمع السلوك الاجتماعي العدواني المشوش المندفع ويعتبر هؤلاء الأطفال مميزين عن الأطفال القاصرين في الأداء حيث إنهم يؤدون سلوكاً يعتبر غير ملائم لظروف البيئة أو يؤدون سلوكاً بدون تفكير في عواقب استجابتهم (ميادة محمد، 2006 : 40، 41) .

مكونات المهارات الاجتماعية:

إن المهارات الاجتماعية تتضمن مكونين أساسيين أحدهما معرفي والآخر سلوكي وفيما يلي عرض لهذين المكونين:

أولا: المكون المعرفي

يعد عدم توفر المعرفة والمعلومات الكافية لدى الطفل من أهم أوجه القصور المعرفي في المهارات الاجتماعية، لان معرفة الطفل للمعايير الاجتماعية تقوم بدور أساسي في مساعدته على الالتزام بهذه المعايير وترجمتها إلى سلوك مع توقع

النتائج التي يمكن أن تترتب على قيامه بسلوكيات معينة. وتشمل المكونات المعرفية للمهارات الاجتماعية عدة عوامل من أهمها العوامل الخاصة بمفاهيم وقواعد المهارة وأهداف الموقف الاجتماعي والسياق الاجتماعي ومدى تأثير السلوك على الآخرين، حيث تؤثر هذه العوامل والمتغيرات بشكل واضح على المهارات الاجتماعية للفرد وقدرته على التصرف بشكل مناسب في المواقف المختلفة.

ثانيا: المكون السلوكي:

يرى سبنس أن الفرد يمتلك المعرفة بالمهارة الاجتماعية إلا أنه قد يفشل في التعبير عن المهارة بطريقة صحيحة وهذا يعرف بكف المهارة ويتدخل في ذلك عوامل متعددة منها:

- انخفاض الدافعية للإتيان بالسلوك.
- عدم مواتاة الظروف للقيام بالأداء السلوكي.
- نقص الثقة بالذات.
- تقدير سلبي الذات. (Spence, 1991, 155)

تكوين المهارات الاجتماعية

تتوقف قدرة الطفل ومهارته في تكوين المهارات الاجتماعية مع الآخرين وبخاصة الأطفال في مثل سنه على ما تكون لديه خلال سنوات حياته الأولى من شعور بالطمأنينة والاستقرار النفسي وثقه بالنفس وشعور بالمبادأة والاستقلال ورغبه في الاعتماد على النفس واكتشاف علاقات جديدة ومستوى من النضج والثبات الانفعالي والنمو العقلي ومفهوم إيجابي عن الذات يمكنه من أن يخطو نحو الآخرين دون أن يشعر بأن ذلك يهدد كيانه أو فرديته (هدى الناشف، 2003:31).

أسس اكتساب المهارات الاجتماعية:

إن أسس اكتساب المهارات الاجتماعية لفئة عمرية معينة يخضع لمعايير عديدة متفق عليها بين الخبراء والمتخصصين، وتتمثل هذه المعايير فيما يلي:

أ- المعايير الاجتماعية:

يعد السلوك الاجتماعي للطفل سواء في المنزل أو في المدرسة موضع خلاف بين القائمين على أمر تربيته، وكذلك بين الخبراء والمتخصصين، ولعل سبب هذا الخلاف هو تباين الأطر الثقافية للمعنيين بالتربية إلى جانب الاختلافات الثقافية. حيث يعد سلوك الكبار في البيئة أحد الروافد التي تغذى الطفل بسلوكه الاجتماعي عن طريق المحاكاة والتقليد، فضلاً عن جماعات الرفاق التي تلعب دوراً مهماً في حياة الطفل ومن خلالها يمكن أن نقف على أهم المهارات الاجتماعية الممارسة بينهم للتعرف على مدى قبول الطفل اجتماعياً في جماعته.

ب- طبيعة المتعلمين وخصائصهم:

ينظر إلى طبيعة المتعلمين وخصائصهم بعين الاعتبار عند تحديد المهارات الاجتماعية التي ينبغي تعلمها. وتلعب نظريات النمو دوراً كبيراً في تحديد تلك الخصائص التي ترتبط بأنواع كثيرة من السلوك، وكذلك في تحديد أي السلوكيات التي يرتبط تعلمها بمراحل نمائية محددة. (محمد إسماعيل، 1995: 65)

أساليب تعلم المهارات الاجتماعية:

هناك أسلوبان لتعليم المهارات الاجتماعية يتمثل الأول في التعليم المباشر وفيه يتم تعلم المهارات الاجتماعية بنفس أسلوب تعلم المهارات الأكاديمية، أما الثاني فيتمثل في التعليم غير المباشر عن طريق ثلاث استراتيجيات هي التعزيز الاجتماعي، والتوقعات المتعلقة بالنواتج المستقبلية أو التوقعات المدركة للنواتج، ثم النموذج الاجتماعي. (أمل حسونة، 2007: 32)

وفيما يلي عرض لهذه الاستراتيجيات:

أ- استراتيجية التعزيز الاجتماعي Social Reinforcement Strategies

يشير سكنر Skiner إلى أن المعززات ذات فاعلية في دراسة الاشتراط الاجرائى، ويتم تعزيز الاستجابة التي تقترب من الهدف ولو جزئياً حتى تحقق الأداء المطلوب. وقدم سكنر جدولاً للتعزيز ميز فيه بين نوعين من التعزيز:

- **النوع الأول:** التعزيز المستمر ويقصد به تعزيز الاستجابة في كل مرة تصدر فيها.
- **النوع الثاني:** التعزيز المتقطع ويقصد به تعزيز الاستجابة في بعض مرات حدوثها دون البعض الآخر، ويتم التعزيز على فترات زمنية ثابتة أو متغيرة.

ويسمى ذلك جدول النسب الثابتة والمتغيرة، وقد يكون التعزيز هنا تعزيزاً إيجابياً أو سلبياً، كما تنشأ هذه الاستراتيجية من خلال إمداد المدرس تلاميذه بالمعززات المادية وغيرها، والتي تشكل أهمية أو قيمة عند التلاميذ، كما يصاحب المكافأة علامات أو رمز – فيشات Token تحدد متى يستجيب التلاميذ للعمل المطلوب ويزيد الاعتماد على التعزيز الاجتماعي من تقوية ميل الاستجابة إلى أن تتكرر ويساعد على استمرارها.

ب- استراتيجية توقع النواتج **Contingency Contracting Strategies**

تدور فكرة توقع النتائج حول نتيجة تعزيز الخبرات السابقة، فقد يتوقع الطفل أن تصرفات أدائه ستكافأ بناء على التوقعات السابقة وهذه الفكرة هى ما قامت عليها نظرية روتر Rotter في التعلم الاجتماعي حيث أكد على التوقعات الذاتية لدى الفرد بشأن النواتج المستقبلية، كما أن هذه الاستراتيجية تعتمد على استخدام مفهوم الأداء والتفاعل والتوقع معاً لتفسير العمليات الاجتماعية داخل الجماعة.

ج- **استراتيجية النموذج الاجتماعي Social Modeling Strategies**

انتقد بندورا Bandora الأسلوبين السابقين في تعلم المهارات الاجتماعية، وعرض أسلوب آخر من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي، حيث اعتقد أن التعزيز لا يسفر على نمو تام للأساليب التي يتم بها اكتساب السلوك والمحافظة عليه أو تعديله، ويرى بندورا أن السلوك يمكن اكتسابه دون التعزيز الخارجي، فيمكن أن يتعلم الفرد الكثير من سلوكه الذي يظهره من خلال القدوة الحسنة أو المثل الأعلى له، ويمكن ملاحظة ذلك في سلوك الآخرين في أفعالهم، كما يمكن أن يكتسب السلوك عن طريق التعلم بالملاحظة(أسماء الجبري، محمد الديب، 1998: 79، 80).

العوامل التي تسهم في تشكيل المهارات الاجتماعية:

صنف الباحثون هذه العوامل إلى فئات يتصل بعضها بالفرد والبعض الآخر بالطرف الآخر في موقف التفاعل والبعض الثالث بخصائص السياق الثقافي والاجتماعي لموقف التفاعل وفيما يلي عرض لهذه العوامل:

أ- خصال الفرد:

توجد متغيرات ديموجرافية خاصة بالفرد مثل نوعه وعمره ووضعه المهني وسماته الشخصية والمزاجية ومدى معرفته تؤثر في مستوى مهاراته الاجتماعية. فنوع الفرد يحدد مدى تقبل المجتمع أو استهجانه لسلوكيات معينة ويحدد أيضا مدى تعرض الفرد لأساليب تنشئة اجتماعية بعينها قد تجعله أكثر أو أقل مهارة، أما متغير العمر فالأكثر عمراً يتعرض لقدر أكبر من الخبرة والتفاعل والمران الاجتماعي بما يجعله أكثر خبرة في توجيه سلوكه عن الأقل عمرا، أما الوضع المهني فهناك مهن تتطلب من أفرادها التفاعل المكثف مما يساعد على نمو مهارات الفرد وهناك أيضا المتغيرات المزاجية والسمات الشخصية لها تأثير على مهارات الفرد، أما المتغيرات المعرفية فهي أكثر أهمية في تشكيل السلوك الماهر

فالأبنية والعمليات المعرفية داخل عقولهم تؤثر في الطريقة التي يسلكون بها اجتماعياً(عبد الحليم السيد وآخرون، 2004: 133، 134).

ب- خصال الطرف الآخر:

يفترض أن تسهم خصال الطرف الآخر في موقف التفاعل في تحديد السلوك المهارى الاجتماعي للفرد، فنوع الطرف الآخر يؤثر في تحديد طبيعة استجابة الفرد له، فالفرد يؤكد ذاته بدرجة أكبر مع من هم في نفس نوعه مقارنة بمن يختلفون عنه في النوع، ويلعب متغير الألفة بالطرف الآخر دوراً بارزاً في موقف التفاعل حيث يسلك الفرد في تصرفاته وانفعالاته بصورة أكثر مهارة مع من يألفهم ويعتاد عليهم وبطريقة أقل مع الغرباء ونجد أن سلطة الطرف الآخر تحدد مستوى مهارتنا فقد يصعب علينا التصرف بمهارة مع من هو أكثر سلطة مقارنة بمن هو أقل سلطة. (المرجع السابق، 2004: 153، 154)

ج- خصائص السياق الثقافي الاجتماعي لموقف التفاعل:

يمثل موقف التفاعل في حد ذاته أهمية للفرد فقد يؤثر سلباً أو إيجاباً في طبيعة استجابة الفرد المهارية، فمثلا كثافة الحضور تجعلنا نتصرف بطريقة أكثر مهارة من حضور عدد أقل أو العكس لإثبات المكانة.

ونجد عناصر مهمة مثل ثقافة المجتمع فهي تسهم في تشكيل المهارات من منطلق أنها تشجع أنماطاً معينة من المهارات مثل مهارات مساعدة الآخرين والإفصاح عن الذات والتعبير عن مشاعر المدح والنقد وقد تشجع أنماطاً أقل مهارة مثل التكتم والنفور من الغرباء والضحالة التعبيرية عن مشاعر المودة للآخرين وضعف مهارات تقديم الذات فعلى سبيل المثال يميل اليابانيون إلى قمع الرغبة في التعبير عن المشاعر الذاتية كالغضب لان ذلك سيحطم التجانس الاجتماعي.(Ohbuchi & Takahashi, 1994, 1350)

مما سبق يتضح لنا وجود متغيرات خاصة بالفرد لها تأثيرها على مستوى مهاراته الاجتماعية كالمتغيرات الاجتماعية والسن والجنس وغيرها مما يحث الفرد على ممارسة سلوك معين في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويحدد مدى تقبل المجتمع أو استهجانه لسلوكه، وكذلك نجد تأثير خصال الطرف الآخر تؤثر في تحديد مستوى المهارات الاجتماعية لدى الفرد. أما العامل الثقافي فله دور هام ومؤثر في السلوك الماهر اجتماعياً لتحديد مدى شيوعه ووفرة النماذج الخاصة بالمهارات الاجتماعية من خلال الموقف الذي يسمح بالإقتداء بها.

قياس المهارات الاجتماعية:

تعددت طرق قياس المهارات الاجتماعية وذلك لان قياس المهارات الاجتماعية يتم بناءاً على المفهوم المعرف لها ونظراً لتعدد تعريفات المهارات الاجتماعية كما سبق توضيحه تعددت بالتالي طرق قياسها ومن هذه الطرق ما يلي:

1- التقدير الذاتي:

حيث يطلب من المبحوث تقديم معلومات حول سلوكه في مواقف تتطلب قدراً من المهارة الاجتماعية ومن أساليب التقدير الذاتي:

أ- الاستخبارات والمقاييس النفسية:

وفيها يقدم الباحث للمفحوص مواقف معينة قد يواجهها أو واجهها في حياته اليومية وتتطلب سلوكاً اجتماعياً ماهراً للتعامل معها فالأسلوب الذي سيتصرف به المبحوث سيمكننا من استنتاج مستوى مهاراته الاجتماعية، أو إعطاء المبحوث استجابات معينة، ونطلب منه تحديد معدل صدور تلك الاستجابات منه أو تعرضه لموقف معين نتبعه بعدة استجابات بديلة وعليه اختيار أحداها حيث أن كل بديل يعكس مستوى من المهارة.

ب- تحليل المضمون:

وفيه يتم تحليل مضمون ما كتبه الماهرون اجتماعياً عن أنفسهم أو ما كتب عنهم ثم يتم استخلاص من تلك الكتابات بيانات ومؤشرات أولية لطبيعة سلوكياتهم الماهرة اجتماعياً.

2- الملاحظة السلوكية:

حيث يتم ملاحظة السلوك الماهر اجتماعيا في مواقف واقعية سواء كان ذلك في البيئات الطبيعية للأفراد مثل ملاحظة التلاميذ أثناء تفاعلهم معاً في الفصل وتمكننا الملاحظة من رصد السلوك الماهر اجتماعياً بصورة واقعية ودقيقة رغم احتمال انخفاض عدد المواقف التي يمكن رصدها للتفاعلات السلوكية ويمكن ملاحظة السلوك أيضا في مواقف مصطنعة حيث نلاحظ سلوك الأفراد وهم يؤدون أدواراً معينة في مواقف مصطنعة تجريبياً ثم يتم تسجيلها ورصدها وتحليل سلوكياتهم في هذه المواقف والحكم على مستوى مهارتها.

3- تقديرات المحيطين بالفرد:

حيث يلجأ الباحث إلى الحصول على تقدير المحيطين بالفرد لسلوكه سواء كانوا أقرانه في الحي الذي يسكن فيه أو زملائه في العمل أو أصدقاءه أو معلميه أو رؤسائه أو أفراد أسرته حيث أن المحيطين بالفرد في حالة كسب ثقتهم وتعاونهم يمكنهم تزويدنا بمعلومات واضحة عن المهارات الاجتماعية للفرد ويجب أن يكون هؤلاء ممن يعرفون الفرد لفترة طويلة نسبياً ويتفاعلون معه بصورة مناسبة في مجالات سلوكية متنوعة. (عبد الحليم السيد وآخرون، 2004: 125-128)

تصنيفات المهارات الاجتماعية:

هناك تصنيفات عديدة قدمها الباحثون للمهارات الاجتماعية وفيما يلي عرض لبعض هذه التصنيفات:

يصنف السيد السمادونى (1991) المهارات الاجتماعية في مقياسة إلى:

- التعبير الانفعالي Emotional expressively ويعنى القدرة على إرسال الرسائل غير اللفظية.
- الحساسية الانفعالية Emotional Sensitivity وتعنى القدرة على فهم المشاعر والانفعالات (الرسائل غير اللفظية)
- الضبط الانفعالي Emotional control ويعنى التحكم في الانفعالات والاستجابة غير اللفظية.
- التعبير الاجتماعي Social expressively ويعنى القدرة على التعبير اللفظي وبدء المحادثة وإنهاءها بطريقة مناسبة.
- الحساسية الاجتماعية Social Sensitivity وتعنى القدرة على الاستماع للآخرين وفهم رسائلهم.
- الضبط الاجتماعي Social control وتعنى قدرة الفرد على لعب الدور الاجتماعي الذي يتطلبه الموقف بمهارة.
- المراوغة الاجتماعية Social manipulation وتعنى قدرة الفرد على خداع الآخرين للحصول على ما يريد. (السيد السمادونى، 1991: 2- 4)

وصنف محمد السيد (1998) المهارات الاجتماعية إلى المهارات الآتية:

- مهارة المبادأة بالتفاعل: تعنى القدرة على بدء التعامل مع الآخرين لفظياً أو سلوكياً كالتعرف عليهم ومد يد العون لهم أو زيارتهم وتخفيف الامهم ومحاولة إضحاكهم.
- مهارة التعبير عن المشاعر السلبية: تعنى القدرة على التعبير عن المشاعر لفظياً أو سلوكياً كاستجابة مباشرة أو غير مباشرة لأنشطة وممارسات الأفراد الآخرين التي تروق له.

- مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي: تعنى القدرة على التروي وضبط الانفعالات في مواقف التفاعل مع الآخرين في سبيل الحفاظ على روابطه الاجتماعية معهم.

- مهارة التعبير عن المشاعر الايجابية: تعنى قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية ناجحة. (محمد السيد، 1998: 32).

ويصنف ميرل (Merrell, 2001) المهارات الاجتماعية إلى:

- مهارات التفاعل الاجتماعي interaction skills Social وتشمل مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي- التعبير عن الذات – إقامة علاقات ودودة مع الآخرين.

- مهارات التعاون الاجتماعي Co-operation skills Social وتشمل مشاركة الطفل للزملاء والأقران في الأنشطة الجماعية لإتمام عمل كلفوا به.

- مهارات الاستقلال الاجتماعي independence skills Social وتشمل اعتماد الطفل على نفسه في إتمام بعض الأعمال التي يستطيع القيام بها.

- مهارات الضبط الذاتي skills control Self وتشمل طاعة الطفل والامتثال للتعليمات والقواعد.

- مهارات الشخصية Personality skills وتشمل المهارات التي تساعد الفرد على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الغير مثل مهارات المشاركة وتقبل الآخرين. (Merrell, 2001, 134-136)تصنيف طريف شوقي 2003

وضح طريف شوقي أن المهارات الاجتماعية تتضمن: -

- مهارات توكيد الذات: وتتعلق بمهارات التعبير عن المشاعر والآراء والدفاع عن الحقوق وتحديد الهوية وحمايتها ومواجهة ضغوط الآخرين.

- مهارات وجدانية: تسهم في تيسير إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين وإدارة التفاعل معهم مما يساعد على الاقتراب منهم حتى يصبح الشخص أكثر قبولاً لديهم.

- المهارات الاتصالية وتنقسم إلى قسمين رئيسيين وهما:

أ- مهارات الإرسال: تعبر عن قدرة الفرد على توصيل المعلومات التي يرغب في نقلها إلى الآخرين لفظياً أو غير لفظياً من خلال التحدث والحوار والمشاركة والمناقشة.

ب- مهارات الاستقبال: تشير إلى قدرة الفرد على الانتباه لتلقى الرسائل والإشارات اللفظية وغير اللفظية من الآخرين وإدراكها وفهم ما ترمى إليه والتعامل في ضوء ما تعنيه.

- مهارات الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية: وتشير إلى قدرة الفرد على التحكم بصورة مرنة في سلوكه اللفظي وغير اللفظي الانفعالي خاصة مع مواقف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وتعديله بما يتناسب مع ما يطرأ على تلك المواقف من مستجدات لتحقيق أهداف الفرد(طريف شوقي،2003: 51).

النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية

تعددت الاتجاهات والتوجهات النظرية المفسرة للمهارات الاجتماعية ومنها المنحى المعرفي والسلوكي والنفس دينامى، وفيما يلى عرض لهذه المناحي:

أ- المنحى المعرفي:

إن التوجه النظري القائم على المنحى المعرفي يرى أن السلوك هو نتيجة العمليات المعرفية الداخلية وهو ما أشار إليه رشدي فام، أحمد حسين (2001) بقولهما أن أصحاب المنحى المعرفي يرون الدور الهام الذي يلعبه الحوار الداخلي أو حديث الذات من جانب الفرد، فالسلوك والانفعالات هي نتيجة العمليات المعرفية، ويتم تغيير السلوك والانفعالات اللاتوافقية من خلال المعتقدات المضطربة(رشدي فام، وأحمد حسين، 2001: 62).

ب- المنحى السلوكي:

أما المنحى السلوكي فيركز على المثيرات البيئية التي تحفز الفرد على الإتيان باستجابة ما، وينظر أصحاب المنحى السلوكي للمهارات الاجتماعية على أنها سلوكية الطابع، ويؤمن أصحاب هذا المنحى بأن تعلم السلوك والمهارات يتم في خطوات من البسيط إلى المعقد وذلك لتسهيل تعلمها على مراحل حيث يتم تعلم وإتقان كل خطوة على حدة ويعتبر التدعيم من الركائز الأساسية في هذا المنحى، حيث يرون أن المهارات يتم تجزئتها ويجب مكافأة الطفل على كل جزء قام به. ويرى كثير من التربويين أن هذا الاتجاه يصلح في التدريب على مهارات معينة تنتهي عملية التعلم فيها بإجادة الطفل ما تدرب عليه(عزة عبد الفتاح،1997: 24).

ويشير منصور الشافعى (2001) إلى أن المنحى السلوكي حاول تقديم تفسيرا للسلوك في ضوء السياق الخارجي الذي يحدث فيه السلوك، فهو يقدم لنا فهما لهذا السلوك وكيفية حدوثه وزمن حدوثه والأحداث التي سبقته والتي تلته، هذا بالإضافة على كيفية تعديل سلوك الإنسان من خلال التفاعل الدائم مع البيئة، ويتبنى هذا المنحنى التدعيم الذي يتراوح ما بين المكافئات المادية والإيماء بالابتسام الذي يدل على الاستحسان (منصور الشافعي، 2001: 48) .

ج- المنحى النفس دينامى:

تشير موسوعة علم النفس (2000) إلى أن المنحى النفس دينامى ينظر للمشكلات السلوكية والاجتماعية والبينشخصية من منظور صعوبات الارتقاء النفسي المتتالي، ويتبنى أصحاب هذا المنحى فكراً نظرياً يقوم على إعادة بناء الشخصية، وعندها يمكن إصلاح أي خلل سلوكي وتتحسن معه المهارات الاجتماعية. (Encyclopedia of Psychology, 2000, 370)

المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين:

تحتل المهارات الاجتماعية في العمل مع الأطفال الذاتويين اهتمام عدد كبير من المشتغلين في هذا المجال، فعالم الطفل الذاتوي خالي من التفاعلات الاجتماعية لذا يبدو الطفل الذاتوي وكأنه غريب أو أنه يعيش في عالم غريب عنه لا صله له به كما أنه غير قادر على السؤال عما يحدث حوله فيشعر بالعزلة والقلق والتعصب لعدم قدرته على فهم من حوله وعدم قدرة من حوله على فهمه، لذا يعد الاهتمام بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين من المطالب الملحة التي تلقى اهتماماً كبيراً عند التعامل مع هؤلاء الأطفال باعتبار هذه المهارات المدخل الرئيسي لدمجهم في المجتمع.

ويرى ستيدلى وآخرون (Steedly et al, 2008) إن المهارات الاجتماعية لدى الطفل الذاتوي هي مجموعة من القدرات التي تسمح للطفل الذاتوي ابتداء بتحقيق العلاقات الاجتماعية الإيجابية، وتقبل الأقران، وتحقيق التكيف في المدرسة، والتفاعل مع البيئة الاجتماعية بشكل أكبر(Steedly et al, 2008, 2) .

كما يعرف كلا من تساو وأودم (Tsao & Odom, 2006) المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين بأنها مجموع المبادرات الاجتماعية الإيجابية، والاستجابات الاجتماعية الإيجابية (Tsao & Odom, 2006, 111).

وطبقا لوزارة التعليم البريطانية (2000) فإن الأطفال الذاتويين يحتاجون لأن يكونوا جزءا من العالم الاجتماعي من حولهم، فهم يحتاجون أن يتفاعلوا بصورة اجتماعية، وأن يتم تضمينهم مع الآخرين. وأحد المعايير التشخيصية لهؤلاء الأطفال هو اضطراب التفاعلات والمهارات الاجتماعية(British Columbia,2000,45)

ولقد أشارَ جولدستين وثيمان (Goldstien & Theiman , 2000) إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون قصوراً شديداً في المهارات الاجتماعية مثل نقص إدراك وجود الآخرين، والعجز في المبادات اللفظية وغير اللفظية للتحية والتوديع،

وصعوبة الارتباط بالآخرين والانشغال بهم، وعدم طرح الأسئلة والاستماع والاستجابة للآخرين، وعدم التفاعل في المواقف الاجتماعية البسيطة. وهذا بدوره يقلل فرص ممارسة وتعلم المهارات الاجتماعية الإيجابية. (Goldstien & Theiman, 2000, 20)

أما رابطة التعليم الوطني بواشنطن (2006) ترى أن الصعوبات التي يعانيها الأطفال الذاتويين في المهارات الاجتماعية تتضمن صعوبات في: التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتحقيق الاتصال بالعين أثناء المحادثات، والانتباه للجوانب غير اللفظية للتواصل مثل الإشارات والتعبيرات الوجهية، والتكيف والتوافق مع القواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي، والانشغال في موضوعات مختارة مع رفيق المحادثة، وإظهار السلوكيات الاجتماعية أو سلوكيات اللعب المناسبة لعمره، والمبادأة أو الاشتراك مع الآخرين بصورة ملائمة في المواقف الاجتماعية، والمبادأة والانتهاء وإصلاح المحادثات وفهم واستخدام الحديث والكلام المصغر والكلام الاجتماعي للآخرين، وانخفاض تقدير الذات، والانتقال بين الأنشطة.
(National Education Association, 2006, 21)

ولقد أوضح جرينواى (Greenway, 2000) الإعاقات في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين تحت ثلاثة عناوين رئيسية على النحو التالي:

أ- الإعاقة في المعرفة الاجتماعية:

تتمثل في البعد والانعزال عن الآخرين وعدم المبالاة وعدم الاهتمام بهم، ونقص فهم القواعد الدقيقة للتواصل والاتصال الاجتماعي، إلى نقص إدراك الآخرين، والتمييز بينهم، وتعلم بعض القواعد والسلوك الاجتماعي بصورة سطحية.

ب- **الإعاقة في التواصل الاجتماعي:**

تتمثل في غياب أية رغبة للتواصل مع الآخرين، إلي الاهتمام الشديد بالموضوعات التي تمثل أهمية فقط بالنسبة لهم، لا يلاحظون ملل المستمع، لا يستطيعون الانشغال في محادثة كلامية تبادلية، بالرغم من كونهم لديهم قدرة لغوية بعض الشيء.

ج- **الإعاقة في الفهم والتخيل الاجتماعي:**

تتمثل في غياب اللعب التقليدي والتظاهري، وعدم الوعي بالعالم من حولهم، إلى بعض القدرة لمعرفة مشاعر الآخرين. (Greenway, 2000, 471)

كما يعانى الأطفال الذاتويين عجزاً في المهارات الاجتماعية مثل مهارات التفاعل الاجتماعي التبادلي، ومهارات التواصل ووجود السلوك النمطي والأنشطة المقيدة. (Bildt et al, 2005, 320)

ويعتبر العجز عن التفاعل الاجتماعي من السمات الواضحة لدى الأطفال الذاتويين. ويظهر هذا العجز في نقص المهارات الاجتماعية لديهم وكذلك القصور في سلوكيات اللعب وصعوبة التعامل أو التواصل مع أقرانهم سواء المصابين بنفس الاضطراب أو غيره من الاضطرابات أو الإعاقات أو أقرانهم من العاديين. ويسبب هذا العجز والقصور في التفاعل الاجتماعي، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين، ينسحب الأطفال الذاتويين من المجتمعات ويلجأون إلى تصرفات سلبية تزيد بدورها من رفض الآخرين لهم وابتعاد الأطفال العاديين عنهم بل ونفورهم منهم، فلا يهتمون بهم ولا بإقامة علاقات أو صداقات معهم (علا عبد الباقي، 2011: 76)

وتوضح كل من واهلن وآخرون (Whalen et al , 2006) أن العجز الرئيسي الذي يواجه الأطفال الذاتويين على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي، والذي يتمثل في فقدان القدرة على اظهار المشاعر والانفعالات للذات

والآخرين، والتصرف بناء على هذا الفهم، حيث ينقص هؤلاء الأطفال القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات، وتنحصر علاقاتهم بالآخرين في نطاق تلبية بعض الحاجات الضرورية، فإذا أراد شيئا- مثلا – فإنه يأخذ يد الأم ويوجهها تجاه هذا الشيء، حيث تصبح الأم الوسيلة والأداة فقط دون إقامة علاقة تعبيرية، وهم بذلك لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن أو الفرح سواء بطريقة تعبيرية لفظية أو أشارية جسدية، وهذا بالطبع نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد. (Whalen et al, 2006, 662)

ويضيف حسن مصطفي (2001) إن الأطفال الذاتويين يتسمون بنقص سلوك التعلق الطفلى، وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما، كما أنهم يفتقرون إلى المقدرة الطبيعية للآخرين بطريقة ملائمة، أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين والغرباء (حسن مصطفي، 2001: 564) .

كما تحدد رابطة التعليم القومي بواشنطن (2006) مجموعة من الاستراتيجيات التي تحسن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين هي: تعليم الأطفال الانشغال بالملامح الوجهية المختلفة التى تعبر عن الانفعالات، واكتساب قواعد المحادثة، وتعلم الاشتراك والإسهام في المحادثة، والتدريب على مهارات التفاعل الاجتماعي، وممارسة المهارات الجديدة المتعلمة لاستخدام المهارة في الموقف، وممارسة استراتيجيات الاسترخاء، وتقليل مستويات الضغط والقلق والاستثارة الحسية، ودعم الاشتراك في نقاشات (National Education Association, 2006, 23)

ويوضح وينر (Winner, 2002) أن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين هي مظهر سلوكي للمعرفة الاجتماعية، فعلى سبيل المثال فإن السلوك الاجتماعي البسيط لتحية شخص ما عند رؤيته يتطلب استعداداً تلقائياً يظهر خلال سياق الأحداث، الذي يتضمن إنشاء تواصل لحظي بالعين (اتصال بالعين في نفس اللحظة) والتحرك البدنى نحوه (التلويح- مرحبا) أو لفظيا (قول مرحبا)

وإظهار تعابير وجهية تدل على السعادة (ابتسامة صغيرة، أو انفراج الوجه) وبعد ذلك إدراك ومعرفة إنهاء التحية عند انصراف الآخر، ولكن الأطفال الذاتويين يعانون من صعوبات معرفية اجتماعية تجعلهم غير قادرين على إظهار المهارات الاجتماعية الملائمة (Winner, 2002, 73).

وبالتالي فإن الاضطرابات في المعرفة الاجتماعية هي اضطرابات تضع حائلا بين الطفل الذاتوى والعالم الاجتماعي الذي يعيش فيه، ويرى بيلفرى وبيرلمان (Pelphrey & Perlman, 2008) أن المعرفة الاجتماعية تشير إلى القدرات الأساسية لإدراك وتنسيق وتذكر، وتحليل، ومعرفة الأسباب والتصرف تجاه الآخرين (Pelphrey & Perlman, 2008, 1) .

كما يضيف (Pelphrey & Perlman, 2008) مجموعة من العوامل التي تسهم في نمو المعرفة الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين وهى:

1- فهم أهداف ومقاصد الآخرين:

إن الإدراك الاجتماعي هو أحد جوانب النمو المبكر للمعرفة الاجتماعية، فالأطفال الصغار حساسون للنسق الموجه بالهدف لأفعال الآخرين، إلى جانب اتجاه نظرة أعينهم، وخلال الأشهر الستة الأولى من الحياة ينمى الأطفال الفهم الاساسى للمقاصد، والبناء الموجه بالهدف الذي يكمن خلف الحركة البيولوجية.

2- إدراك نظرة العين :

بعد العام الأول من الميلاد يبدأ الأطفال في ربط الأهداف والمقاصد بنظرة العين، ومعالجة نظرة العين شيء أساسي للتفاعلات الاجتماعية، وعندما يبلغ الأطفال سبعة أسابيع يتجهون إلى عيون الآخرين خلال التفاعل الاجتماعي، ويعبرون عن التفضيل بالنسبة للوجوه بفتح العين في عمر ثلاثة أشهر، والاتصال بالعين، وإتباع نظرة العين ليسا فقط مكونين أساسين للإدراك الاجتماعي،

ولكنهما يضمنان أيضا العمليات المعرفية للآخرين أثناء الطفولة، وفي مراحل النمو المتأخرة.

3- إدراك الانفعالات

يستخدم الأطفال الانفعالات كمصدر عام للمعلومات حول الآخرين، فالأطفال حديثو الولادة يظهرون الحساسية لانفعالات الآخرين، فهم يبكون عندما يبكى الأطفال الآخرون، ويميزون بين التعبيرات الوجهية للسعادة والحزن. (Pelphrey & Perlman,2008, 3)

ويحدد بريزانت وآخرون (Prizant et al, 2003) مجموعة من التحديات الرئيسية التي يواجهها الأطفال الذاتويين في الجانب الاجتماعي يتمثل أهمها في جوانب العجز في استنتاج تصور الآخر أو حالته الانفعالية الأمر الذي يتسبب في مشكلات في إدارة وتوجيه الحديث اللفظي وغير اللفظي، وفي اختيار الموضوعات المناسبة، وفي الإمداد بخلفية كافية من المعلومات، وفي قراءة التعبيرات الانفعالية للآخرين والاستجابة بصورة مناسبة لها. (Prizant et al, 2003, 31)

ويرى كوهين (Choen, 2001) أن المهارات الاجتماعية الانفعالية تتمثل في الوعي بالذات والآخرين، والتنظيم الانفعالي للذات، والتواصل، والدافعية الذاتية، وحل المشكلة، وصنع القرار، والمشاركة، وتشكيل إحساس أكثر دافعية وايجابية بالذات. (Choen, 2001, 3)

ويحدد كانون (Cannon, 2006) مجموعة من الأبعاد الخاصة بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين على النحو التالي:

الجوانب اللفظية:

وتتمثل في السلوكيات التي تستخدم للتعبير عن القصد التواصلي باستخدام الكلمات.

الإشارات والإيماءات:

وتتمثل في استخدام حركات اليد مثل التلويح أو الإشارة لكي تخدم وظيفة التواصل مثل الطلب أو الرفض.

الاستجابات التقليدية:

وتتمثل في التكرارات اللفظية للكلمات، أو التكرارات غير اللفظية لأفعال الأقران ذوى النمو العادي.

وظيفة التواصل:

وتتمثل في استخدام الكلمات أو الأفعال لانجاز وإتمام خدمة الذات.

الرفض:

وتتمثل في التعبيرات اللفظية وغير اللفظية للاعتراض ضد نشاط ما أو تعليق ما، مثل قول لا.

التعليق:

ويتمثل في الاستخدامات اللفظية للكلمات للتعبير عن اعتقاد أو رأى شخصي.

الأسئلة:

وتتمثل في الاستخدام اللفظي للكلمات مثل ما، من، متى، أين، كيف، ولماذا للحصول على المعلومات من الآخرين.

الانتباه المتواصل:

ويتمثل في تتبع تحويل نظرة العين لموضوع ما أو شخص أو حدث، والاستجابة بصورة لفظية أو غير لفظية عندما تستخدم كلمات توجيه الانتباه مثل: انظر.

ويتمثل في توجيه التواصل البصري مع أعين الشخص ذي النمو العادي (Cannón, 2006, 80)

مما سبق يتضح ضرورة المهارات الاجتماعية للأطفال الذاتويين لما لها من دور فعال في مواجهة الانسحاب الاجتماعي الذي يعانيه هؤلاء الأطفال نتيجة ضعف هذه المهارات لديهم. وفي هذا السياق يرى بيليني (Bellini, 2006) أن الأطفال

الذاتويين يعانون من المزاج المضطرب الذي يتضح في المستوى المرتفع من الاستثارة الفسيولوجية، وهذه الاستثارة الفسيولوجية تؤدى إلى تحاشى التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين. وهذا الانسحاب الاجتماعي يقلص فرصة الفرد لاكتساب المهارات الاجتماعية الفعالة بسبب تقليل التفاعلات مع الأقران، والإعاقة في أداء المهارة الاجتماعية يزيد بصورة دالة فرص التفاعلات السلبية مع الأقران، والفشل الاجتماعي، ووجود الاستثارة الفسيولوجية الشديدة تجعل الطفل أكثر تأثرا بالخبرات الاجتماعية السلبية مما يقود إلى الانسحاب الاجتماعي. (Bellini, 2006, 140)

ولقد حدد بومينجر (Bauminger, 2002) مجموعة من المهارات الاجتماعية التي يمكن عن طريقها قياس مدى التحسن في الجانب الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين نتيجة التدخل العلاجي على النحو التالي:

الاستجابة الاجتماعية: يستجيب الطفل بصورة لفظية أو غير لفظية للمثيرات الاجتماعية الموجهة من أقرانه.

التفاعل الاجتماعي الايجابي: يظهر الطفل السلوكيات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية، والتي تقود إلى سلوك اجتماعي فعال.

التفاعل الاجتماعي السلبي: يظهر الطفل سلوكيات اجتماعية تعبر عن عدم الرضا والكدر، والتي تعمل على خفض احتمالية نمو تفاعل اجتماعي كاف.

التفاعل ذو المستوى المنخفض: يظهر الطفل السلوكيات التي توضح القصد الاجتماعي، ولكن مع فعل اجتماعي محدود. (Bauminger, 2002, 290)

خلاصة وتعقيب:

مما سبق يتبن لنا أن المهارات الاجتماعية من أهم المهارات التي يجب أن يكتسبها الأطفال في مرحلة الطفولة سواء العاديين منهم أو الذاتويين حيث

تتحدد وتترسخ ملامح شخصية الفرد في هذه المرحلة، حيث ان ما يكتسبه الطفل في هذه المرحلة يتبلور ويظهر ملامحه في مستقبل حياته، ويساعد اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية المختلفة على أن يحيا حياة سعيدة مليئة بالتفاعلات الإيجابية مع ذاته ومع الآخرين، وكذلك فإن المهارات الاجتماعية تساعده على إقامة وتدعيم علاقاته بالآخرين، لذا يعد افتقاد هذه المهارات أمرا خطيرا يهدد الفرد وصحته النفسية لأنها تجعل الفرد غير قادر على الدخول في علاقات سوية مع الآخرين، بينما يؤدى تمتع الفرد بالمهارات الاجتماعية إلى تزايد توافقه النفسي والاجتماعي من خلال قدرته على القيام بالأعمال والأنشطة المميزة لأسلوب تفاعله الاجتماعي مع الآخرين من حوله.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

مقدمة:

لقد شهدت الأونة الأخيرة اهتماما ملحوظا باضطراب الذاتوية، حيث احتلت الدراسات الخاصة بالطفل الذاتوي مساحة واسعة من البحث العلمي خاصة بعد انتشار العديد من الدوريات المتخصصة في هذا المجال، ليس فقط الدوريات ولكن المراكز على المستوى العالمي والتي اهتمت بعمل العديد من الدراسات الهادفة من اجل التعرف على الذاتوية هذا اللغز المحير في كيفية تشخيصه وكيفية التدخل المبكر للوصول لأفضل النتائج المرجوة وأيضا كيفية معرفة انسب الطرق والوسائل العلاجية المقدمة له للحد من المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها الطفل الذاتوي والتى من أهمها مشكلة اضطراب الانتباه والتى سوف تتناولها الباحثة في المحور الأول من الدراسات حيث تشير الدراسات في هذا المحور إلى اضطراب الانتباه والذى يتمثل في عدم القدرة على انتقاء المثير الهام من بين عدة مثيرات، صعوبة تواصل الانتباه على المثيرات بالاضافة إلى قصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر وكذلك صعوبة تقسيم الانتباه بين الأهداف السمعية والبصرية. أما المحور الثانى من الدراسات فيتضمن برامج تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين. وتشير هذه البرامج إلى دور الرفاق في تدريب الأطفال الذاتويين على زيادة الانتباه والمهارات الاجتماعية وتأثير الموسيقى واللعب في زيادة الانتباه وكذلك دور فنيات تعديل السلوك في ارتقاء الانتباه بالإضافة إلى دور تنمية الانتباه في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية والتى تتمثل في التفاعل الاجتماعى واللعب واللغة والتقليد والتى تم التأكيد عليها من خلال دراستى واهلن (Whalen, 2001) ' واهلن وآخرون (Whalen et al, 2006) وهما من اكثر

الدراسات اتفاقا مع الدراسة الحالية. أما دراسات المحور الثالث فتتضمن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.

ومن هنا سوف تعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات التي تناولت اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين وكذلك الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية والبرامج التدريبية المقدمة لهؤلاء الأطفال وتعقيب على هذه الدراسات.

وقد قامت الباحثة بتقسيم الدراسات حسب مجال الدراسات كالاتى:

- دراسات تناولت اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.
- دراسات تناولت برامج لتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.
- دراسات تناولت المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.

أولاً: الدراسات التي تناولت اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين

أشارت بعض الدراسات إلى العديد من مظاهر اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ومن بين هذه الاضطرابات عدم القدرة على انتقاء المثير الهدف من بين عدة مثيرات، وصعوبة تواصل الانتباه على المثيرات بالاضافة إلى قصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر وكذلك صعوبة تقسيم الانتباه بين الأهداف السمعية والبصرية.

أما المظهر الأول من مظاهر اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين والذى يتمثل في عدم القدرة على انتقاء المثير الهدف من بين عدة مثيرات فنجد من الدراسات التى أشارت إليه دراسة سيزلسكى وآخرون (Ciesielski et al, 1990) دراسة بوراك (Burack, 1994) ، دراسة جيلبرج وآخرون (Gillberg et al, 1994) دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 1997) ، اندرسون (Anderson, 1998) .

فقد قام سيزلسكى وآخرون (Ciesielski et al, 1990) بدراسة تأثيرات مهام الانتباه الانتقائي على انتقاء المثيرات لدى الأطفال الذاتويين والأطفال العاديين.

و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى تتكون من (10) أطفال ذاتويين، والمجموعة الثانية تضم (13) من الأطفال العاديين. وتم تطبيق مقياس الانتباه الانتقائي، استمارة ملاحظة حيث ملاحظة قدرة أطفال المجموعتين على انتقاء مثير أو أكثر من بين مجموعة مثيرات. وأشارت نتائج الدراسة إلى إن الأطفال العاديين لديهم قدرة كبيرة على انتقاء مثير من بين مجموعة مثيرات، ولذلك استطاعوا انتقاء مثيرات الانتباه التي تم تحديدها، كما كانوا يتميزون بقدرة كبيرة على تركيز الانتباه على المثيرات الهدف، وتزداد قدرتهم على الانتباه بزيادة حجم المثيرات، بينما لم يتوفر ذلك للأطفال الذاتويين، حيث يعانون من قصور في انتقاء مثير من بين عدة مثيرات ولذلك لم يستطيعوا انتقاء المثيرات التي تم تحديدها، كما أظهروا عدم قدرة على تركيز انتباهم على المثيرات الهدف.

أما دراسة بوراك (Burack, 1994) فقد استهدفت دراسة اضطراب الانتباه الانتقائي لدى الأطفال الذاتويين الذاتويين والأطفال المعاقين بالمقارنة بالأطفال العاديين. وتكونت عينة الدراسة من (12) طفلاً من الأطفال الذاتويين، (32) طفلاً معاقاً عقلياً (34) من الأطفال العاديين وتم استخدام مجموعة من المثيرات قد عرضت من خلال الكمبيوتر. وأظهرت نتائج الدراسة أن رد الفعل الزمني لدى الأطفال الذاتويين تحسن بشكل مطابق بالنسبة للمجموعات الآخرى في وجود الشكل الرئيسي بدون وجود الأشكال المشتتة وعلى العكس كانت النتيجة في وجود الاشكال المشتتة إذ أن أداء الأطفال الذاتويين يكون أكثر اضطرابا في وجود العوامل التي تصرف الانتباه، كما أظهر الأطفال الذاتويين عجزاً في الانتباه الانتقائي عند مقارنتهم بالمجموعات الآخرى إذ إنهم لا ينتبهوا بصريا إلى المثيرات الهادفة في حالة وجودها مع المثيرات المشتتة، وقد ينشغلوا بصريا بالمثيرات الفرعية التي تتحرك أمامهم ولا يعيرون انتباها إلى المثيرات الأساسية.

في حين سعى جيلبرج وآخرون (Gillberg et al, 1994) إلى التعرف على العلاقة بين قصور الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ومرضى التصلب الدرني. وتكونت عينة الدراسة من (24) فرداً ذاتوياً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (2-20) سنة. وقد استخدمت الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدلDSM-III-R لتقدير قصور الانتباه، بالإضافة إلى استمارة ملاحظة. وأظهرت نتائج الدراسة أن (17) فرداً من بين (24) فرداً ذاتوياً يعانون من عجز في الانتباه والنشاط الزائد، فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على مثير معين كما لا يستطيعون الحملقة للآخرين، كما أنهم كثيري الحركة.

ونجد ان بيرس وآخرون (Pierce et al, 1997) قد قاموا بدراسة الإدراك الاجتماعي والانتباه لدى الأطفال الذاتويين. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تتكون من (15) طفلاً ذاتوياً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (6-11) سنة، والمجموعة الثانية تتكون من (14) طفلاً معاقاً عقلياً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (6-12) سنة، والمجموعة الثالثة تتكون من (14) طفلاً من العاديين تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (4-7) سنوات. وتم استخدام مجموعة من الأسئلة عن الانتباه العام بالإضافة إلى مجموعة من الأسئلة عن الإدراك الاجتماعي وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه بمقارنة المجموعات الثلاثة في كلاً من أسئلة الانتباه العام وأسئلة الإدراك الاجتماعي تبين أنهم قد أجابوا على هذه الأسئلة، بينما كان الأطفال الذاتويين أقل أداءاً في أسئلة الادراك الاجتماعي وهذا يرجع إلى أن الأطفال الذاتويين يتشتت انتباههم بأقل عدد من المثيرات كما أنهم أقل تركيزاً على المثيرات، ويعانون من نقص في انتقاء المثير الهام من بين مجموعة من المثيرات المعروضة عليهم.

وهدفت دراسة اندرسون (Anderson, 1998) إلى دراسة الانتباه الانتقائي لدى الأطفال الذاتويين وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى طفلان

ذاتويان عمرهما الزمني 12 سنة، والثانية طفلان عاديين عمرهما 5 سنوات، 7 سنوات وتم تطبيق اختبار للانتباه من خلال بعض المهام التي يتم فيها توجية الانتباه ذهابا وإيابا تجاه موقع معين، ثم يتم عكس الأدوار المتعلقة بالهدف وبالمثير الذي يشتت الانتباه أثناء قيام الطفل بعملية الانتقاء. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من عدم القدرة على انتقاء مكان معين للانتباه البصري مقارنة بالأطفال العاديين، ويتضح من ذلك أن الأطفال الذاتويين لا يستخدمون الاتصال بالعين ولا يلتفتون إلى مصدر الصوت الناتج عن كلام الآخرين ومدى انتباههم صغير جدا لأنهم يميلون إلى تقصير مدى انتباههم إلى المثيرات المحيطة بهم بما لا يسمح بحدوث تفاعل اجتماعي مع الآخرين.

أما المظهر الثانى من مظاهر اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين:

فيتمثل في صعوبة تواصل الانتباه على المثيرات بالاضافة إلى القصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر. ويتضح ذلك في دراسة كل من جاريتسون وآخرون (Garretson et al, 1990) ، ماندى وآخرون (Mundy et al, 1990) ، ورد (Ward, 1996) باترسون (Patterson, 1996)، ماك ارثر وادمسون (Mcarthur & Adamson, 1996) ، تونسيند وآخرون (Townsend et al, 1996) ، سنجر (Singer, 1997) فيرنانيدز (Fernanedz, 1997) ، سويتنهام وآخرون (Swettenham et al, 1998) ليكام وآخرون (Leekam et al, 2000) ، جولد ستين وآخرون (Goldstein et al, 2001) ، ريني هارت وآخرون (Rinehart et al, 2001) ، كاربينتر وآخرون (Carpenter et al, 2002) شاوارسكا وآخرون (Chawarska et al, 2003) رجينالد وبريزون ، (Reginald & Bryson, 2004) ، سينزج وآخرون (Sinzig et al, 2008) ، لاندري وآخرون (Landry et al,2009)

وقد تناول جاريتسون وآخرون (Garretson et al, 1990) دراسة مدى الانتباه لدى الأطفال الذاتويين وذلك للتغلب على صعوبات زيادة الانتباه لديهم، واشتملت

عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى (23) طفلاً ذاتوياً، والثانية (23) طفلاً عاديا، وتم استخدام اختبار مدى الانتباه من خلال الأداء المتواصل للأطفال على هذا الاختبار، كما استخدمت استمارة ملاحظة، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين لديهم صعوبات بالغة في زيادة مدى الانتباه لديهم فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على المثيرات لفترة زمنية كبيرة، والتي تعزى جزئيا إلى تأخر النمو العقلي المعرفي لديهم، كما يعانون من قصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر، بينما الأطفال العاديين أظهروا قدرة كبيرة على نقل الانتباه بين المثيرات المختلفة وكان مدى انتباههم طويل.

كما سعى ماندى وآخرون (Mundy et al, 1990) إلى التعرف على العلاقة بين تواصل الانتباه والتنبؤ بالنمو اللغوي لدى الأطفال الذاتويين. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى (15) طفلاً ذاتوياً، والثانية (21) طفلاً معوقاً عقلياً وتم استخدام اختبار الذكاء، مقياس التواصل الاجتماعي المبكر اختبارين لقياس المهارات والإيماءات الدالة على تواصل الانتباه وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً اظهروا معدلات مرتفعة في الإيماءات الدالة على تواصل الانتباه. بينما أظهر الأطفال الذاتويين قصورا في المهارات والإيماءات الدالة على تواصل الانتباه غير اللفظية عند عمر (13) شهرا وبمقارنة الإيماءات الدالة على تواصل الانتباه بين مجموعة الأطفال المعاقين عقلياً والأطفال الذاتويين تبين أنها دالة ويمكن أن تكون مؤشر تنبؤي بالنمو اللغوي لمجموعة الأطفال الذاتويين.

أما دراسة ورد (Ward, 1996) فقد اهتمت بالتعرف على العلاقة بين كل من التعبير الوجهى، التقليد، اللعب والانتباه المتواصل لدى الأطفال الذاتويين. وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى 10 أطفال ذاتويين تم مجانستهم مع مجموعة مماثلة لهم في العدد من الأطفال العاديين. وتم استخدام أسلوب

الملاحظة حيث قام سبعة من المتخصصين في الميدان باختبار عينة الدراسة في: التقليد، التوجية الصوتي، الانتباه المتواصل، نوعية تعبيرات الوجه، تكرار تعبيرات الوجه، وظيفة اللعب واللعب الرمزي. حيث تم تسجيل ذلك على شريط فيديو.

وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في استمرار الانتباه المتواصل واللعب الرمزي، فهم لا يتواصلون بصريا مع الآخرين ويعانون من قصور في استخدام تعبيرات الوجه في التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وربما يرجع ذلك في المقام الأول إلى القصور في التقليد، التوجية الصوتي، نوعية تعبيرات الوجه، تكرار تعبيرات الوجه، وظيفة اللعب، فالأطفال الذاتويين لا يغيرون اتجاههم تجاه المثير الصوتي. فكل جوانب القصور متعلقة باستمرار الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

وهدفت دراسة باترسون (Patterson, 1996) إلى زيادة السلوكيات الاجتماعية للأطفال الذاتويين عن طريق الرفاق. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى (15) طفلاً ذاتوياً في عمر ما قبل المدرسة، والثانية (15) طفلاً عادياً ممن يتماثلون معهم في العمر وتم تطبيق مقياس تواصل الانتباه، واستخدام الفيديو في ملاحظة سلوكيات الأطفال، واستخدام الملاحظة: حيث لاحظ الباحث سلوك الأطفال أثناء اللعب الحر بهدف المقارنة بين الأطفال الذاتويين والأطفال العاديين في سلوك الحملقة وموضع الانتباه وأظهرت نتائج الدراسة أن اختلاف العمر العقلي للأطفال الذاتويين أوضح القصور الشديد في نمو وتواصل الانتباه فالأطفال الذاتويين يعانون من قصور كبير مقارنة بالأطفال العاديين في: تواصل الانتباه، الحملقة في الآخرين وتكرار مدة الحملقة، وعلى هذا يعانى الأطفال الذاتويين من قصور في تبادل التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، ولا يستخدمون تعبيرات الوجه عند التفاعل مع الآخرين.

وقام ماك ارثر وادمسون (Mcarthur & Adamson, 1996) بدراسة تواصل الانتباه لدى كل من الأطفال الذاتويين وذوى اضطراب اللغة وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى (15) طفلاً ذاتويا تتراوح اعمارهم ما بين 3 -5 سنوات، والثانية (15) طفلاً يعانون من اضطراب في اللغة. وتم استخدام مقياس تواصل الانتباه، استمارة ملاحظة وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين كانوا اقل قدرة على تواصل الانتباه، وظهر ذلك أثناء تفاعلهم مع الراشدين حيث لم يحملق الذاتويين في هؤلاء الأشخاص، كما كان معدل نقل انتباههم من مثير إلى آخر ضعيفا جدا، وقد أظهروا تشتتا في الانتباه عند التعامل مع المثيرات البصرية، مقارنة بالأطفال ذوى اضطراب اللغة.

ونجد دراسة تونسيند وآخرون (Townsend et al, 1996) هدفت إلى دراسة اضطرابات الانتباه البصري وتأخر التوجية المكاني لدى الأطفال الذاتويين وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى (10) من الأطفال الذاتويين والثانية (11) من الأطفال العاديين وتم تطبيق مقياس الاستجابة المتعلقة بالانتباه البصري، استمارة ملاحظة، تقارير المشرفين. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال العاديين قاموا بأداء مهمة الاكتشاف المكاني للمثير الهدف، من خلال تحديد مكان المثير لفظيا أو بالإشارة إليه، حيث أظهروا سرعة في التوجيه المكاني للانتباه، ثم قام أحد الأشخاص بالتحدث بكلمة لتسهيل استجابة الذاتويين لمهمة الاكتشاف المكاني للمثير الهدف، حيث أظهر الذاتويين بطئا كبيرا في التوجيه المكاني للانتباه، كما اتسم سلوكهم بالبطء في انتقال الانتباه بين النماذج حيث كانوا يعانون من الضعف الحركي في توجيه الانتباه.

بينما دراسة سنجر (Singer, 1997) فقد أستهدفت اكتشاف العلاقة بين الأساس التشريحي العصبي وقصور السلوك الانتباهى لدى الأطفال الذاتويين في مرحلة عمرية مبكرة وكذلك المقارنة بين السلوك الانتباهى لدى الأطفال

الذاتويين والأطفال العاديين واشتملت عينة الدراسة على (22) طفل ذاتوى، (17) طفلاً عادياً وتم قياس عمليات الانتباه لدى الأطفال من خلال قياس سرعة التوجه البصري للمثير الهدف وفترة الانتباه للدمى الموجودة في غرفة اللعب وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين كانوا أقل في التوجه الانتباهى من الأطفال العاديين، كما أظهرت مجموعات الأطفال سرعة أكثر في التوجه الانتباهى عندما قدم المثير في محتوى اجتماعي عنه عندما قدم المثير بمفرده أما الأطفال الذاتويين فقد نظروا للمثير فتره قليلة مقارنة بالأطفال العاديين كما ارتبطت فترة الاستجابة الانتباهية للمثير بالجزء الأمامي من المخ.

وقد تناولت دراسة فيرنانيدز (Fernanedz, 1997) دراسة اتجاه الانتباه لدى كلاً من الأطفال الذاتويين والأطفال المعاقين عقلياً من زملة داون وضمت عينة الدراسة ثلاثة مجموعات: أولهما تتكون من (20) طفلاً ذاتوياً، والثانية تتكون من (20) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً من زملة داون، والثالثة تتكون من (21) طفلاً من ذوي النمو العادي في استخدام اللغة. واستخدم الباحث أسلوب الملاحظة أثناء اللعب لاختبار قصور تغيير اتجاه الانتباه. وأفادت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين كانوا أكثر إخفاقا في تحويل أو تغيير اتجاه الانتباه مقارنة بالأطفال المعاقين من زملة داون الذين لم يختلفوا بطريقة واضحة عن الأطفال ذوي النمو العادي في استخدام اللغة.

ونجد دراسة سويتنهام وآخرون (Swettenham et al, 1998) والتي استهدفت دراسة التوزيع التلقائي للانتباه بين المثيرات الاجتماعية وغير الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين والأطفال العاديين والأطفال متأخرى اللغة. وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: الأولى (10) من الأطفال الذاتويين، والثانية (16) من الأطفال العاديين، والثالثة (17) من متأخرى النمو. وتم استخدام الملاحظة والتى انقسمت إلى: ملاحظة انتقال الانتباه بين شيء وشيء آخر، ملاحظة

انتقال الانتباه بين شيء وشخص، ملاحظة انتقال الانتباه بين شخص وشخص آخر وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يظهرون قدرة كبيرة على انتقال الانتباه بين شيء وشيء آخر أكثر من أى نوع آخر من الانتقال، كما أظهروا انتقالات للانتباه منخفضة بين شيء وشخص وبين شخص وشخص، عن ما فعلته المجموعتان الضابطتان، كما اظهر الأطفال الذاتويين أيضا انخفاض في معدل النظر للأشخاص الآخرين، ونظره طويلة المدى للأشياء مقارنة بالمجموعتين الضابطتين.

وقام ليكام وآخرون (Leekam et al, 2000) بدراسة الانتباه لدى الأطفال الذاتويين في عمر ما قبل المدرسة واشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى(15) طفلاً ذاتوياً في مرحلة ما قبل المدرسة، والثانية (15) طفلاً لديهم تأخر في النمو وتم استخدام استمارة ملاحظة لمعرفة تغيير الانتباد لدى الأطفال الذاتويين من خلال ملاحظتهم أثناء وجود مجموعة من المثيرات. وكشفت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين كانوا أقل استجابة عن مجموعة الأطفال ذات التأخر في النمو في كل من: توجية الانتباه، وتغيير اتجاه الرأس كمؤشر على تغيير اتجاه الانتباه، وأقل سرعة في توجية الانتباه تجاه الأهداف، وهذا يشير إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في تواصل الانتباه والحملقة والإيماءات الدالة على تواصل الانتباه، فهم لا يوجهون انتباههم تجاه المثيرات الهامة.

أما دراسة جولد ستين وآخرون (Goldstein et al, 2001) والتي هدفت إلى دراسة العمليات الانتباهية لدى الذاتويين. فقد تكونت عينة الدراسة من (206) من الأطفال والمراهقين الذاتويين تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة وتم تطبيق مقياس الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، مقياس الوظائف الحركية الأساسية للأطفال الذاتويين. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التحليل العاملي لمقياس الانتباه أوضح أن ضعف الأداء كان ملحوظاً على

المقياس الذي يتطلب تركيز الانتباه وانتقال الانتباه، ولكن ليس على العوامل التي تتطلب إطالة أمد الانتباه، والعوامل التي تتطلب تحويل الرسالة إلى رموز (الترميز)، فقد كانت هذه العوامل دالة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن تحليل التباين الذي تم استخدامه مع مقياس الوظائف الحركية الأساسية كانت دلالة الفروق ضعيفة مقارنة بفروق مقياس الانتباه، حيث توجد فروق في القياسات المتعلقة بالمهمة المكانية التي تتطلب مرونة معرفية أو سرعة نفس حركية.

وقد اهتمت ريني هارت وآخرون (Rinehart et al, 2001) بدراسة قصور الانتباه التحويلي لدى الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع. وقد اشتملت عينة الدراسة على أربعة مجموعات: الأولى تتكون من (12) من الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع كمجموعة تجريبية، والثانية تتكون من (12) من الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع كمجموعة ضابطة، والثالثة تتكون من (12) من أطفال اسبرجر كمجموعة تجريبية، والرابعة تتكون من (12) من أطفال اسبرجر كمجموعة ضابطة واستخدم الباحثون مقياس وكسلر للذكاء بالإضافة إلى استخدامهم قائمة فحص سلوك الطفل وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من اضطراب في الانتباه التحويلي.

وقد بحثت دراسة كاربينتر وآخرون (Carpenter et al, 2002) العلاقات المتبادلة بين صغار الأطفال الذاتويين في المهارات المعرفية الاجتماعية. وتكونت عينة الدراسة من (14) طفلاً من صغار الأطفال الذاتويين، (14) طفلاً من ذوى النمو المتأخر، وقد تم استخدام اختبار العلاقات المتبادلة بين المهارات المعرفية الاجتماعية، اختبار تواصل الانتباه اختبار العلاقات المكانية، اختبار التقليد الوجهى واليدوي و أوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في المهارات المعرفية الاجتماعية المتمثلة في: تواصل الانتباه، إيماءات

التواصل، الحملقة والتركيز على موضع الانتباه، التقليد. فقد كانت الارتباطات الداخلية موجبة ومتنوعة بين المهارات المعرفية الاجتماعية فمعظم الأطفال الذاتويين يعانون من صعوبة في الانتباه إلى ما يقومون به من سلوكيات مختلفة.

ونجد دراسة شاوارسكا وآخرون (Chawarska et al, 2003) والتي استهدفت دراسة الانتباه الذاتي لدى الأطفال الذاتويين من خلال حركة العين وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: أحدهما (20) طفلاً ذاتوياً من ذوى عمر زمني عامين والأخرى عينة مماثلة في العدد من الأطفال العاديين لها نفس العمر الزمني. وتم قياس الانتباه لدى الأطفال الذاتويين من خلال نموذج لمثير الانتباه البصري يلاحظه الأطفال كما تم استخدام استمارة ملاحظة. وأشارت النتائج إلى إن الانتباه البصري لدى الأطفال الذاتويين والأطفال ذوى النمو العادي يمكن معرفتة من خلال مشاهدة حركة العين، وكذلك بالنسبة للإدراك فالأطفال الذاتويين لا يمكنهم متابعة الآخرين، كما أن لديهم حساسية لاتجاه المثيرات، ويظهر ذلك من خلال حركة العين. وتتوقف الحملقة على مدى ارتباط الطفل بالمثير فإذا كان ذا أهمية كبيرة بالنسبة له انتبه إليه، كما تتوقف على الوقت المستغرق في معالجة المثير.

ونرى دراسة رجينالد وبريزون (Reginald & Bryson, 2004) والتى استهدفت دراسة عمليات نقل الانتباه البصري لدى صغار الأطفال الذاتويين والأطفال من زملة داون. واشتملت عينة الدراسة على ثلاث مجموعات: الأولى(20) طفلاً من صغار الأطفال الذاتويين، الثانية (20) طفلاً من زملة داون، والثالثة (20) طفلاً من الأطفال العاديين وتم قياس تواصل الانتباه من خلال أداء المهمة المتعلقة بتوجية الانتباه البصري عن طريق مثيران يقدمان بالتناوب، في المرة الأولى يركز الطفل على مركز المثير الثابت، أما المثير الآخر يمثل أحد جوانب هذا المثير حيث

تتحرك العين تجاه المثير المفضل الذي يعمل كمعيار رئيسي وافادت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في تواصل الانتباه وانتقال الانتباه وذلك القصور يتوازى مع الأطفال العاديين في عمر شهرين، حيث لا يحملق الذاتويين في أعين الآخرين، ولا يلتفتون إليهم ويجدون صعوبة في نقل انتباههم من مثير بصري إلى آخر، بالمقارنة بالأطفال من زملة داون.

وقامت دراسة سينزج وآخرون (Sinzig et al, 2008) بالمقارنة بين البروفيلات الخاصة بوظيفة الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ذوى النشاط الزائد والغير مصحوبين بالنشاط الزائد والعاديين. وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجموعات: الأولى تتكون من (30) طفلاً ذاتوياً مصحوباً بالنشاط الزائد، والثانية تتكون من (21) طفلاً ذاتوياً غير مصحوبين بالنشاط الزائد، والثالثة تتكون من (30) طفلاً عادياً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (6-13) سنة واستخدم الباحثون مقياس أدوس وكذلك استخدموا مقياس النشاط الزائد وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين سواء المصحوبين بالنشاط الزائد أو الغير مصحوبين بالنشاط الزائد يعانون من اضطراب في الانتباه.

ونجد دراسة لاندري وآخرون (Landry et al,2009) والتي تهدف إلى دراسة الانتباه البصري لدى الأشخاص ذوي اضطراب الذاتوية وتكونت عينة الدراسة من (16) ذاتوياً، (16) عادياً واستخدم الباحثون الدليل التشخيصي الرابع بالإضافة إلى مقياس الذكاء واستمارة ملاحظة. وأشارت نتائج الدراسة أن الذاتويين أوضحوا قصوراً واضح في الانتباه البصري للتلميحات البصرية وتواصل الانتباه.

وهناك من مظاهر اضطراب الانتباه أيضا صعوبة تقسيم الانتباه بين الأهداف السمعية والبصرية. كما في دراسة كل من كاسي وآخرون (Casey et al, 1993) دراسة كورشيسن وآخرون (Courchesne et al, 1994) ، دراسة كرسيلسكي وآخرون (Cresielski et al, 1995).

فقد قام كاسي وآخرون (Casey et al, 1993) بدراسة اختلال وظيفة الانتباه لدى الأطفال الذاتويين. وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى (10) من الأطفال الذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين 6 - 10 سنوات، والثانية (10) من الأطفال العاديين تم مجانستهم مع المجموعة الأولى في العمر الزمني. وتم استخدام تقييم اختلال الانتباه من خلال سلسلة من المهام على الكمبيوتر مقياس تواصل الانتباه، استمارة ملاحظة وأفادت نتائج الدراسة أن الأطفال العاديين أظهروا أداءاً جيداً على سلسة من المهام على الكمبيوتر، كما استطاعوا تقسيم انتباههم بين الأهداف السمعية والاستكشاف البصري معا، فهم يستطيعون نقل اتجاه انتباههم من مثير إلى آخر. بينما الأطفال الذاتويين يعانون من عدم إطالة مدة الانتباه وكذلك غير قادرين على التقسيم الكافي لانتباههم بين الأهداف السمعية والاستكشاف البصري معا. كما أظهروا ضعفا في تغيير اتجاه الانتباه من مكان المثير إلى مكان آخر.

أما دراسة كورشيسن وآخرون (Courchesne et al, 1994) والتي هدفت إلى دراسة اضطراب الانتباه الموجه لدى الأطفال الذاتويين ومرضى الشلل الدماغي وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجموعات، المجموعة الأولى تتكون من (8) أطفال ذاتويين، والثانية تتكون من (18) طفلاً عادياً، والثالثة تتكون من (6) أطفال من مرضى الشلل الدماغي. واستخدم الباحثون مقياس الانتباه للأطفال الذاتويين واستمارة ملاحظة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين ومرضى الشلل الدماغي تشابهوا في القصور المتعلق بمهمة سرعة تغيير اتجاه الانتباه من المثير السمعي والمثير البصري. كما أوضحت أن الأطفال العاديين أظهرو سرعة كبيرة في تغيير أتجاه الانتباه بين المثير السمعي والمثير البصري.

ونجد دراسة كرسيلسكي وآخرون (Cresielski et al, 1995) وقد استهدفت تقييم الانتباه البصري والسمعي لدى الأشخاص الذاتويين. واشتملت عينة

الدراسة على مجموعتين: المجموعة الأولى تتكون من (8) أطفال ذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين (15-31) سنة كمجموعة تجريبية، والمجموعة الثانية تتكون من (11) طفلاً عادياً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (16-33) سنة كمجموعة ضابطة. واستخدم الباحثون مقياس الانتباه البصري ومقياس الانتباه السمعي. وأظهرت نتائج الدراسة أن الانتباه البصري لدى مجموعة الأشخاص الذاتويين يتأثر بالتغيير الحادث في درجة الصوت أثناء الانتباه السمعي البصري، كما أنهم يعانون من ضعف الانتباه البصري والسمعي، والسمعي البصري، فهم لا يلتفتون تجاه مصدر الصوت ولا يغيرون اتجاههم تجاه المثير البصري ولا يركزون انتباههم عليه بينما مجموعة الأشخاص العاديون لا يتأثر الانتباه البصري لديهم بالتغيير الحادث في درجة الصوت أثناء الانتباه السمعي البصري.

التعليق على دراسات المحور الأول:

أن من أكثر مظاهر اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين هى: اضطراب في انتقاء المثير الهام من بين عدة مثيرات.كما في دراسة سيزلسكى وآخرون (Ciesielski et al, 1990) ، دراسة بوراك (Burack, 1994)، دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 1997). صعوبة تواصل الانتباه على المثيرات بالإضافة إلى القصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر. ويتضح ذلك في دراسة كل من جاريتسون وآخرون (Garretson et al, 1990)، دراسة ماندى وآخرون (Mundy et al, 1990) دراسة باترسون (Patterson, 1996)، ماك ارثر وادمسون Mcarthur & Adamson, 1996)، ليكام وآخرون (Leekam et al, 2000) صعوبة تقسيم الانتباه بين الأهداف السمعية والبصرية. كما في دراسة كل من كاسي وآخرون (Casey et al, 1993)، دراسة كورشيسن وآخرون (Courchesne et al, 1994) ، دراسة كرسيلسكي وآخرون (Cresielski et al, 1995) كما أنهم لا يستخدمون الاتصال بالعين ولا يلتفتون إلى مصدر الصوت الناتج عن كلام الآخرين ومدى انتباههم صغير جدا لأنهم

يميلون إلى تقصير مدى انتباههم إلى المثيرات المحيطة بهم بما لا يسمح بحدوث تفاعل اجتماعي مع الآخرين. كما في دراسة اند رسون (Anderson, 1998).

ثانياً: دراسات تناولت تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين

أكدت العديد من الدراسات على أهمية تنمية الانتباه في اكتساب العديد من المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. ومن هذه الدراسات دراسة كل من بيرس واسكريبمان (Pierce & Schreibman, 1995) ، لين (Lynn, 1996) ، دبرى (Woodbury, 1996) ، واهلن (Whalen, 2001) ، واهلن وآخرين (Whalen et al, 2006) ، أزهار أمين (2001) ، عبد المنان ملا معمور (1997) ، ريتمان (Reitman, 2005) ، عادل عبد الله (2002)

فقد أكدت دراسة بيرس واسكريبمان (Pierce & Schreibman, 1995) على أهمية دور الرفاق في تدريب الأطفال الذاتويين على زيادة الانتباه والمهارات الاجتماعية. وقد استهدفت الدراسة التعرف على تأثير الرفاق في زيادة السلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى طفلان ذاتويان عمرهم 10 سنوات، والثانية من الأطفال العاديين. وقد تم الاستعانة بتقارير المعلمين عن السلوك الاجتماعي والانتباه لدى الأطفال الذاتويين، وبرنامج تدريبي لتدريب الأطفال باستخدام الرفاق حيث يدربونهم على الاستجابة من خلال إجراءات الحث البدنى واللفظي وتقديم التدعيم على الاستجابة الصحيحة. وأشارت نتائج الدراسة إلى زيادة الانتباه لدى الطفلين الذاتويين فأصبحوا يتبادلون النظرات مع الرفاق العاديين ويركزون انتباههم على المثيرات ويحملقون في الآخرين، كما زادت قدرتهم على اللعب والمحادثة وزاد ارتباطهم باللغة، كما أشارت تقارير المعلمين إلى حدوث زيادة كبيرة في السلوك الاجتماعي المفضل لدى الرفاق.

أما دراسة لين (Lynn, 1996) وقد هدفت إلى تقييم وعلاج الذاتوية من خلال الاتجاه الطبيعي المتمثل في الانتباه. فقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى طفلان ذاتويين، والثانية مجموعة من الرفاق العاديين لهما نفس العمر الزمني. وتم استخدام برنامج تدريبي لتنمية الاندماج في سلسلة من السلوكيات الاجتماعية من خلال استجابات الرفاق العاديين كوسيلة للتدريب، وذلك باستخدام فنيات: النمذجة، لعب الدور، التغذية المرتدة وأظهرت نتائج الدراسة أن الطفلين الذاتويين قد حدث لهما زيادة في: سلوكيات الانتباه المتمثل في النظر للآخرين والحملقة فيهم وانتقاء المثيرات الهامة والتركيز عليها، كما ازدادت مستويات التفاعلات الاجتماعية أثناء الأنشطة والألعاب، فأصبحا أكثر استخداما للمبادئات واللغة.

وسعت دراسة ودبرى (Woodbury, 1996) إلى التعرف على تأثير الصوت والضوء على الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الطلاب الذاتويين. وتكونت عينة الدراسة من 5 أطفال ذاتويين. و تم استخدام مقياس تقييم الانتباه في المنزل والمدرسة مقياس المهارات الاجتماعية، دراسة حالة، استمارة ملاحظة، واستخدام التكنولوجيا في تحويل الضوء والصوت إلى مثيرات يتم إحساس الطفل الذاتوي بها من خلال القنوات الحسية لتسهيل دخول المثير، برنامج لتنمية الانتباه والمهارات الاجتماعية وقد استغرق ثمانية أسابيع وأظهرت نتائج الدراسة تحسنا كبيرا لدى الأطفال الذاتويين بعد تطبيق برنامج الانتباه، وظهر ذلك من خلال زيادة مدى انتباههم إلى المثيرات والتواصل البصري مع الآخرين، كما استخدموا الاتصال بالعين، وتحسنت المهارات الاجتماعية لديهم حيث ازداد معدل تفاعلاتهم الاجتماعية وتواصلهم مع الآخرين.

وفي دراسة عبد المنان ملا معمور (1997) والتي بعنوان فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين. فقد استهدفت

التعرف على مدى فاعلية برنامج سلوكي في التخفيف من حدة أعراض التوحد التي تتمثل في ضعف الانتباه وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والقلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط، وبطبيعة الحال تقلل هذه الأعراض من قدرة الأطفال التوحديين على الاستفادة من الخدمات التي تقدم لهم. و تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً توحديا من المملكة العربية السعودية تتراوح أعمارهم فيما بين 7: 14 سنه.

وتم استخدام مقياس كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل، ومقياس الطفل المنطوي على ذاته، ومقياس بينيه للذكاء، ولوحة جودا ر، والبرنامج السلوكي. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في ارتفاع مستوى الانتباه ودرجات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين بما يعنى زيادة تفاعلهم مع الآخرين. كما كشفت النتائج عن انخفاض لدى العينة في مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط بعد تعرضهم للبرنامج السلوكي.

ونجد دراسة أزهار أمين (2001) والتي استهدفت التعرف على مدى تحسن حالة الأطفال الذاتويين عن طريق وضع برنامج علاجي لهم وإشراك الأسرة مع الباحثة في العلاج. وقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين الأولى (5) أطفال ذاتويين تتراوح أعمارهم بين 4: 11 سنه من ذوى الإعاقة العقلية الشديدة والمعتدلة نسب ذكائهم تتراوح ما بين (20 : 51) والمجموعة الثانية (5) أطفال ذاتويين كمجموعة ضابطة. واستخدمت الباحثة اختبار ستانفورد بينيه، وبرنامج علاجي للأطفال الذاتويين، مقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته، ومقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية في الذكاء والنضج الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج في تنمية الانتباه مما أسهم في نمو اللغة والنضج الاجتماعي لديهم.

وقد قامت واهلن (Whalen, 2001) بدراسة بعنوان التأثيرات المصاحبة لتدريب تواصل الانتباه على اللغة واللعب والتقليد والسلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المتواصل على اللغة واللعب والتقليد والتواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الذاتويين. و تكونت عينة الدراسة من (10) من الأطفال الذاتويين. وتم استخدام البرنامج التدريبي، مقياس للانتباه، استمارة ملاحظة وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين بعد مشاركتهم في البرنامج قد تغيرت سلوكياتهم الغير مرغوب فيها، وعليه أيضا ظهرت تغيرات إيجابية في كل من التواصل الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي حيث تدعم هذه النتائج الافتراضات التي تقول بأن تعلم مهارات الانتباه المتواصل يؤدى إلى تحسن وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

ونجد دراسة عادل عبد الله (2002) والتي تهدف إلى تقديم برنامج يعمل على تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين مما قد يؤثر إيجابيا على بعض المظاهر السلوكية لديهم. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً توحديا تراوحت أعمارهم ما بين 6: 15 سنه، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين أحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس جودارد للذكاء، مقياس الطفل التوحدى، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في خفض مستوى العدوانية والاندفاعية وفرط النشاط الحركي، وازداد مستوى الانتباه والاجتماعية لدى أطفال المجموعة التجريبية قياسا بالمجموعة الضابطة حيث لم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدى.

ونرى دراسة ريتمان (Reitman, 2005) أكدت على أهمية الموسيقى في زيادة الانتباه والسلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. وقد استهدفت الدراسة التعرف على أثر تدخلات العلاج بالموسيقى على تواصل الانتباه لدى الأطفال الذاتويين. واشتملت عينة الدراسة على مجموعة من الذكور تتراوح أعمارهم من3: 5 سنوات من الأطفال الذاتويين. وتم استخدام البرنامج الموسيقى والذى أشتمل على (اغانى التحية- اللعب على الآلات الموسيقية – الأنشطة الموسيقية الحركية – أغانى الوداع- الموسيقى الحية والمسجلة) وأشارت نتائج الدراسة إلى أن إدخال الموسيقى لبرنامج علاج الأطفال الذاتويين يمكن أن يكون له نتائج إيجابية مؤثره لزيادة مهارات الانتباه لدى بعض الأطفال الذاتويين. كما أوضحت النتائج أن معظم الآباء والأمهات لاحظوا تحسنا واضحا في السلوكيات الاجتماعية وحدوث نوع من التغيرات الإيجابية ظهر في نمو المهارات الصوتية. وقد أشار تحليل الفيديو لجلسات العلاج بالموسيقى الابتدائية والنهائية أن حوالي 70 % من أفراد العينة أصبح لديهم زيادة في سلوكيات الانتباه.

كما بحثت (Whalen et al, 2006) التأثير المشترك لتدريبات الانتباه المتواصل على الكلام التلقائي، المشاركة الاجتماعية، والتقليد الايجابي لدى الأطفال الذاتويين. واستهدفت الدراسة تقييم فاعلية تحسين الانتباه المتواصل على الكلام والتواصل الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال ذاتويين في سن ما قبل المدرسة. وتم تطبيق برنامج الانتباه المتواصل واستمر مدة تصل إلى 10 أسابيع. وأفادت نتائج الدراسة بأن تحسين الانتباه المتواصل أدى إلى تحسن المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، فأصبح كلامهم أكثر تلقائية، وبدأ لديهم قدر مناسب من التفاعلات الاجتماعية والقدرة على التواصل الفعال مع الآخرين في البيئة المحيطة.

- وهناك العديد من الدراسات التي تناولت وضع برامج لتنمية الانتباه للأطفال الذاتويين. ومن تلك الدراسات دراسة كل من لوى وداوسون & (Lewy Dawson, 1991) ، كامبل وآخرون (Campbell et al, 1993) ياما موتو وآخرون (Yamamoto et al, 2001) ، واهلن واسكريبمان (Whalen & Schreibman, 2003) نيرمين بنت عبد الرحمن بدر (2006) ، محمد يوسف (2009) .

دراسة لوى وداوسون (Lewy & Dawson, 1991) والتي ركزت على أهمية اللعب في زيادة الانتباه لدى الأطفال الذاتويين. وقد استهدفت الكشف عن طبيعة الاستثارة الاجتماعية وتواصل الانتباه لدى صغار الأطفال الذاتويين أقل من 6 سنوات من خلال اللعب الحر مع الآباء. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفل ذاتوياً و (20) طفلاً مصاباً بمتلازمة داون و (20) طفلاً عادياً. وتم استخدام برنامج للأطفال يقدم جلسات للعب تحتوى على مجموعة من الأنشطة التي تنمى التفاعل والتواصل الاجتماعي وكذلك تم ملاحظة الأطفال وتم من خلال الملاحظة قياس حالات إثارة الانتباه الاجتماعي وضعف الإثارة الانتباهية أثناء جلسات اللعب وأثناء اللعب الحر مع الآباء وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تدريب الأطفال على تواصل الانتباه من خلال جلسات اللعب التي تحتوى على مجموعة من الأنشطة التي تهتم بالتفاعل والتواصل الاجتماعي أدت إلى زيادة تواصل الانتباه لكل مجموعات عينة الدراسة من خلال سلوك اللعب. لكن مجموعة الأطفال الذاتويين كانت استجابتها أقل دلالة، كما أنهم ليسوا أقل استجابة في الأشكال الأخرى لجذب الانتباه الاجتماعي.

أما دراسة كامبل وآخرون (Campbell et al, 1993) والتي قاموا فيها بدراسة أثر تحسن الانتباه على بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذاتويين. وقد تكونت عينة الدراسة من (41) طفلاً ذاتوياً ممن يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وسلوك إيذاء الذات. و تم استخدام مقياس اضطراب

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، استمارة ملاحظة حيث تم ملاحظة الأطفال الذاتويين في مواقف مختلفة وتسجيل السلوكيات التي تصدر عنهم والتي تتعلق باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد لتحديد مدى التقدم الذي أحدثه البرنامج من حيث تنمية الانتباه وأثر ذلك على خفض مستوى النشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال. وقد تم استخدام برنامج يحتوى على أنشطة تدريبية لتعلم الانتباه حيث يتم تدريب الأطفال خلال جلسات البرنامج على أنشطة تشتمل على كيفية التمييز بين المثيرات، وتركيز الانتباه على المثيرات الهامة واستبعاد الأقل أهمية وقد أوضحت نتائج الدراسة أن جلسات البرنامج التدريبي التي تم تدريب الأطفال فيها على تركيز الانتباه استطاعت تنمية الانتباه لدى هؤلاء الأطفال، فأصبحوا يركزون انتباههم على المثيرات المعروضة أمامهم، ويستبعدون المثيرات المشتتة من دائرة انتباههم، وهذا يشير إلى زيادة الانتباه لديهم وكذلك فقد أدى البرنامج إلى خفض النشاط الزائد وسلوك إيذاء الذات.

ونجد دراسة ياما موتو وآخرون (Yamamoto et al, 2001) والتى استهدفت تنمية الانتباه البصرى لدى الأطفال الذاتويين من دون المهارات اللغوية وقد تكونت عينة الدراسة (5) أطفال ذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين 3: 5 سنوات، وتم استخدام ستة صور حيث يقوم الطفل بالنظر إلى صورة واحده من بين هذه الصور. وتوصلت الدراسة إلى أن الانتباه البصري للمثير (الصوره) قد تزايد بمعدل عالي عندما كانت الزاوية البصرية للمثير حوالي 60 درجة، وقد زادت الاشاره التلقائية للمثير الهدف، مما يشير إلى زيادة الانتباه لدى هؤلاء الأطفال.

وقد اهتمت دراسة واهلن واسكريبمان (Whalen & Schreib man, 2003) بالتعرف على أثر استخدام فنيات تعديل السلوك في تدريب الأطفال الذاتويين على تواصل الانتباه. وقد تكونت عينة الدراسة من (11) طفلاً ذاتوياً. وتم تطبيق برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المتواصل ومقياس تواصل الانتباه، واستمارة

ملاحظة. وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن هناك زيادة في قدرة الأطفال الذاتويين في توجيه انتباههم إلى اتجاه معين وتوجيه الانتباه إلى المثير الهدف، كما أن تدريب الآباء على هذه الفنيات قد ساعد على تواصل الانتباه خارج مكان التدريب. كما أشارت النتائج إلى أن بعض الباحثين يعتبرون القصور في تواصل الانتباه من العلامات التي يمكن من خلالها التنبؤ باضطراب الذاتوية، حيث كان الاعتقاد قبل ذلك أن المحور الرئيسي لهذا التنبؤ هو القصور في اللغة واللعب والنمو الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال.

ونجد دراسة نيرمين بنت عبد الرحمن بدر (2006) والتي اكدت على أهمية الانتباه الانتقائي وأثره في تعديل وتطوير الاستجابات المرغوبة في سلوك الأطفال التوحديين. وكانت بعنوان برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لدى أطفال التوحد. وقد استهدفت هذه الدراسة توضيح مفهوم الانتباه الانتقائي والكشف عن أهمية تفعيل الانتباه الانتقائي للطفل التوحدي في عملية تعديل وتطوير الاستجابات المرغوبة في سلوكه (اللفظي وغير اللفظي) وإمكانية ضم البرنامج ضمن البرنامج اليومي المطبق على الطفل التوحدى. وتكونت العينة من (8) أطفال من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (3- 6) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين، واستغرق تطبيق البرنامج (35 يوماً) بواقع ساعة يوميا.

وقد استخدمت الباحثة قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب الأوتيزم المستخرجة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات. ومقياس التكيف الاجتماعي والذي قننه على البيئة الأردنية الروسان (1998) ومقياس لتقدير سلوك الطفل التوحدي (CARS) والذي عربه وقننه على البيئة السعودية الشمري والسرطاوي (2002) واستمارة الملاحظة، البرنامج المطبق من إعداد الباحثة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات

رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء)، والبعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخرين (بعد العلاقة بالناس) في مقياس تقدير التوحد الطفولى بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

وتوجد فروق دالة إحصائيا في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية استخدام الجسم، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة) في مقياس تقدير التوحد الطفولى بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

وقد قام محمد يوسف (2009) ببحث فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه التواصلي لدى الأطفال التوحديين. واستهدفت الدراسة التحقق من مدى برنامج تدريبي في تحسين الانتباه التواصلي لدى الأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال ذاتويين من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين (6- 11) سنة. واستخدم الباحث مقياس جودارد للذكاء، مقياس الطفل التوحدى (إعداد: عادل عبد الله، 2003)، البرنامج التدريبي، قائمة تقدير الانتباه التواصلي للأطفال التوحديين (إعداد الباحث).

وأوضحت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى في الانتباه التواصلي لصالح المجموعة التجريبية كما توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى في الانتباه التواصلي لصالح القياس البعدى.

التعليق على دراسات المحور الثانى:

من الدراسات السابقة يمكن استخلاص عدة نقاط نوجزها فيما يلى:

- أهمية دور الرفاق في تدريب الأطفال الذاتويين على زيادة الانتباه والمهارات الاجتماعية لديهم.كما في دراسة بيرس واسكريبمان (Pierce & Schreibman, 1995). دراسة لين (Lynn, 1996).
- ساعد تحويل الصوت والضوء إلى مثيرات يتم الإحساس بها على تحسن الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.مثل دراسة ودبرى (Woodbury, 1996).
- أدى استخدام برنامج لتنمية الانتباه إلى ارتقاء المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين وظهور تغيرات إيجابية في كل من التفاعل الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي حيث تدعم هذه النتائج الافتراضات التي تقول بأن تعلم مهارات الانتباه يؤدى إلى تحسن وتطور العديد من المهارات الأخرى.كما في دراستى واهلن (Whalen, 2001) ، واهلن وآخرون (Whalen et al, 2006) كما يسهم نمو الانتباه في تطور اللغة والنضج الاجتماعي لديهم كما في دراسة أزهار أمين (2001).
- ساعد استخدام الفنيات السلوكية على خفض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط وارتفاع مستوى الانتباه وزيادة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين لدى الأطفال الذاتويين. مثل دراسة عبد المنان ملا معمور (1997) ودراسة عادل عبد الله (2002)
- يساعد استخدام الموسيقى مع الأطفال الذاتويين إلى تحسن الانتباه لديهم. كما في دراسة ريتمان (Reitman, 2005)

- ساعد استخدام اللعب مع الأطفال الذاتويين إلى تحسن مستوى الانتباه البصري كما في دراسة لوى وداوسون (Lewy & Dawson, 1991)
- تساعد تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين على اختزال النشاط الزائد وإيذاء الذات مثل دراسة كامبل وآخرون (Campbell et al, 1993)
- ساعد استخدام برنامج سلوكي تدريبي يعتمد على فنيات تعديل السلوك على زيادة وتواصل الانتباه لدى الأطفال الذاتويين كما في دراسة واهلن واسكريبمان (Whalen & Schreibman, 2003) ودراسة محمد يوسف (2009).

ثالثاً: دراسات تناولت المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين

أشارت العديد من الدراسات إلى قصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين والذى يتمثل في قصور التواصل البصري وتبادل النظرات مع الآخرين، عدم استخدام الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين، انخفاض معدلات التفاعلات الاجتماعية الإيجابية مع الرفاق والإخوة في المواقف الاجتماعية، نقص كبير في القدرة على متابعة الآخرين والحملقة فيهم، قصور في اللعب التمثيلى والاستجابة لانفعالات الآخرين، تجنب المواقف الاجتماعية والعلاقات التي تجمعهم بالآخرين ومن تلك الدراسات دراسة كل من بيتلر وآخرون (Buitelaar et al, 1991)، كازارى وآخرون (Kasari et al, 1993)، مكفوى وآخرون (Mcevoy et al, 1993) لورد وبيكلس (Lord & Pickles, 1996)، جوزيف وتارجت (Joseph & Target, 1997) ليكام وآخرون (Leekam et al, 1997)، سيجمان (Sigman, 1998) ريبل (Ruple, 2001)

دراسة بيتلر وآخرون (Buitelaar et al, 1991) والتي هدفت إلى دراسة السلوك الاجتماعي لدى كل من الأطفال الذاتويين والأطفال المعاقين. واشتملت عينة الدراسة على مجموعتين الأولى (14) طفلاً ذاتوياً، والثانية (10) أطفال معاقين عقلياً. وتم تطبيق مقياس تواصل الانتباه، مقياس التفاعل الاجتماعي، استمارة

ملاحظة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في التواصل البصري وتبادل النظرات مع الآخرين، كما يعانون من قصور في إيماءات الرأس تجاه المثير البصري والسمعي، فالأطفال الذاتويين لا يحملقون في أعين الآخرين، كما لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين لأنهم يتجنبون الآخرين. بينما الأطفال المعاقين عقلياً أكثر تواصلا وحملقة في أعين الآخرين كما أنهم يستخدمون الإيماءات كجانب تكميلي للكلام عند تفاعلهم مع الآخرين حيث يقومون بالإيماءه تجاه المثير السمعي أو البصري ويتبادلون النظرات مع الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي وعند أداء المهام.

ونجد دراسة كازارى وآخرون (Kasari et al, 1993) قد اهتمت بالتعرف على العلاقة بين الانتباه والتفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين والمعاقين والعاديين. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: الأولى (30) طفلاً ذاتوياً الثانية (30) طفلاً معاقا عقلياً والثالثة (30) طفلاً من العاديين. واستخدمت الدراسة مقياس الانتباه للأطفال الذاتويين، مقياس التفاعلات الاجتماعية وتمت الملاحظة في مواقف التفاعل مع الرفاق المألوفين للأطفال الذاتويين وغير المألوفين لهم وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين نادرا ما ينظرون إلى رفاقهم، ولم يبدءوا بتقديم التحية الاجتماعية، كما أنهم يعانون من انخفاض في معدلات التفاعلات الاجتماعية مع الرفاق والإخوة في المواقف الاجتماعية بينما اظهر الأطفال المعاقين عقلياً قدرة اكبر من الأطفال الذاتويين على التواصل البصري مع الرفاق وزيادة في التفاعلات الاجتماعية مع الرفاق والإخوة في المواقف الاجتماعية.

وقام مكفوى وآخرون (Mcevoy et al, 1993) بدراسة قصور التواصل الاجتماعي لدى صغار الأطفال الذاتويين. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: الأولى (17) طفلاً ذاتوياً، والثانية (13) طفلاً متأخر في النمو، والثالثة (16) طفلاً عاديا.

وتم تطبيق مقياس المهارات اللفظية، مقياس مهارات التواصل وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من انخفاض تواصل الانتباه، فهم لا يتواصلون بصريا مع الآخرين لأن ذلك يفتح الطريق أمام التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بالإضافة إلى وجود قصور في مهارات التواصل وسلوكيات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين بينما الأطفال متأخرى النمو يتواصلون بصريا بدرجة أكبر من الأطفال الذاتويين، كما أن معدل تفاعلهم الاجتماعي ومدى انتباههم أكبر من الأطفال الذاتويين.

أما دراسة لورد وبيكلس (Lord & Pickles, 1996) فقد اهتمت بدراسة مستوى اللغة وسلوكيات التواصل الاجتماعي غير اللفظي لدى الأطفال الذاتويين وتأخر الأطفال اللغوي. فقد اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: الأولى (51) من آباء الأطفال الذاتويين، الثانية (43) من أباء الأطفال العاديين، يتراوح أعمار الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين ما بين 2 -5 سنوات. وتم استخدام مقياس الانتباه للأطفال الذاتويين، مقياس النمو اللغوي، إجراء مقابلات مع آباء الأطفال الذاتويين والعاديين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين لديهم ضعف في الانتباه المباشر والنظرة الاجتماعية المحملقة، وقصور في تواصل الانتباه، ونقص في مستوى التعبيرات الوجهية والإيماءات كما أن لديهم اضطراب في اللغة يرجع إلى قصور في الجانب الاجتماعي المتمثل في التفاعلات فهم لا يتواصلون بصريا ولا لفظيا مع الآخرين ومن ثم يفضلون العزلة والانسحاب.

وقد ركزت دراسة جوزيف وتارجت (Joseph & Target, 1997) على دراسة الانتباه وتأثيره على الأطفال الذاتويين والأطفال المعاقين عقلياً من زملة داون. وكانت عينة الدراسة تتكون مجموعتين الأولى (6) من الأطفال الذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين 5-6 سنوات، الثانية (6) من الأطفال من زملة داون لهم نفس

العمر الزمنى. وتم استخدام شريط فيديو يسجل عليه ما يحدث أثناء لعب الأطفال مع أمهاتهم. وأسفرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من انخفاض في معدل التعبيرات الاجتماعية الإيجابية بينهم وبين المحيطين بهم فكان اهتمام الأطفال الذاتويين بوجه كل من الأم والباحثين يعادل نصف اهتمام مجموعة الأطفال المعاقين من زملة داون. وهذا يرجع إلى أن الأطفال الذاتويين لديهم قصور في التواصل البصري مع الآخرين، إلا أن الفروق لم تصل إلى حد الدلالة الإحصائية .كما أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في الانتباه.

ونجد دراسة ليكام وآخرون (Leekam et al, 1997) وقد اهتمت باستكشاف اتجاه العين لدى الأطفال الذاتويين أثناء متابعتهم للآخرين. واشتمت عينة الدراسة على ثلاث مجموعات الأولى (12) طفلاً ذاتوياً والثانية (11) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً من زملة داون والثالثة (12) طفلاً من العاديين. وتم الاستعانة بتقارير الآخرين لتحديد اتجاه أعين الأطفال الذاتويين عند النظر للآخرين. وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذاتويين يعانون من نقص كبير في القدرة على متابعة الآخرين والحملقة فيهم، كما يعانون من قصور التواصل البصري واللفظي والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، فهم لا يبادرون الآخرين بالتحية ولا يحملقون في الآخرين كما لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين، وهذا ما لا يعانى منه الأطفال المعاقين من زملة داون والأطفال العاديين.

وقد بحثت دراسة سيجمان (Sigman, 1998) التعرف على الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. وتكونت عينة الدراسة من أربعة مجموعات الأولى (70) طفلاً ذاتوياً، والثانية (93) طفلاً من زملة داون، والثالثة (59) طفلاً متأخرى النمو، والرابعة (108) طفلاً من الأطفال العاديين، وكان العمر الزمني للعينات يتراوح ما بين 1 - 5 سنوات وتم استخدام ملاحظة الأطفال الذاتويين في الانتباه، اللعب التمثلي، الاستجابة لانفعالات الآخرين وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن

الأطفال الذاتويين كانوا يعانون من قصور في تواصل الانتباه واللعب التمثليى والاستجابة لانفعالات الآخرين، وعدم الرغبة في إقامة علاقات أو صداقات مع الآخرين، كما يتجنبون المواقف الاجتماعية والعلاقات التي تجمعهم بالآخرين ويرفضون التفاعل مع الآخرين أثناء أداء المهام أو اللعب، وعلى هذا فهم يعانون من قصور في الاستجابات الاجتماعية.

أما دراسة ريبل (Ruple, 2001) فقد استهدفت تحليل التفاعلات الاجتماعية كهدف للسلوكيات المباشرة لدى الأطفال الذاتويين. وتكونت عينة الدراسة من (16) من الأطفال الذكور الذاتويين ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 6 - 10 سنوات. وتم استخدام مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال الذاتويين، استمارة ملاحظة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في مبادأة الآخرين بالتفاعل الاجتماعي، فالمبادأة كانت قليلة، كما أن السلوكيات الاجتماعية كانت أقل تكرارا وأقل تعقيدا، ويوجد لديهم اضطراب في الانتباه.

ونجد العديد من الدراسات قد بحثت في طرق التغلب على قصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين من خلال بعض الطرق والأساليب المتنوعة والبرامج التدريبية. ومن هذه الدراسات' دراسة كل من كوجل ووليم (kogel & William, 1993) ، بل (Ball ,1996) ، جونزاليز وكامبس (Gonzalez & Kamps, 1997)، هالة فؤاد كمال (2001) ، عادل عبد الله محمد (2002) ، جيرالد وبيرالس (Gerald & Perales, 2003) كارولين وآخرون (Carolyn, et al, 2004) ، نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004)، محمد الحسيني (2008) ، أميرة عمر (2009).

قام كوجل ووليم (kogel & William, 1993) بدراسة علاج السلوك الاجتماعي للذاتويين من خلال تعديل المهارات الاجتماعية. وهدفت التعرف على كيفية اكتساب الفرد للسلوكيات الاجتماعية التواصلية والتعميم عبر سلوكيات اجتماعية آخري وتكونت العينة من طفلين ذاتويين أعمارهم 13 سنة، 16 سنة.

وقد تم رصد عينات من سلوك هذين الفردين في مواقف مختلفة حيث تم تسجيل عينات من اللغة خلال المحادثة وتعبيرات الوجه المرتبطة بالانفعالات والعاطفة، والسلوك غير اللفظي، والمثابرة؛ للاستمرار في موضوع محدد، وشدة ونغمة الصوت، بالإضافة إلى ملاحظة التواصل البصري لدي فردي العينة. واستخدمت الدراسة فنية إدارة الذات لتمكين المفحوصين من تمييز نماذج السلوك المناسبة من تلك غير المناسبة. وأوضحت نتائج الدراسة أن السلوكيات الاجتماعية المراد علاجها لدي المفحوصين قد تحسنت بسرعة، كما كان هناك تأثير لهذا التحسن على سلوكيات اجتماعية أخرى لم يتم تحديدها، وقد صاحب هذا التحسن زيادة في التقديرات الذاتية فيما يتصل بالتفاعل الاجتماعي المناسب .

أما دراسة بل (Ball ,1996) فقد هدفت إلى تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين من خلال علاقاتهم مع الأطفال العاديين وتكونت عينة الدراسة من (8) أطفال ذاتويين، (8) أطفال عاديين.تتراوح أعمارهم ما بين (4 - 8) سنوات. وتم تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن (7) من الأطفال الذاتويين تحسنت أحوالهم في (4) نقاط وهى: الاتصال بالعين مهارات اللعب الرمزي، تبادل الأدوار، الاستجابات الشفهية وغير الشفهية.

وأجرى كل من جونزاليز وكامبس (Gonzalez & Kamps, 1997) دراسة بعنوان فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين.وهدفت إلى التأكد من فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية المصحوب بالتعزيز في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين في المدارس الابتدائية. وتكونت من (4) أطفال ذاتويين ممن تتراوح أعمارهم بين 5 -7 سنوات، و(12) طفلاً في الصفين الأول والثاني ممن تتراوح أعمارهم ما بين 5 – 8 سنوات، وقد تم تدريب التلاميذ

العاديين عن طريق معلمي التربية الخاصة على أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال الذاتويين بالإضافة إلى تدريبهم على المهارات المناسبة لأعمار هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم والإجراءات التي يجب اتباعها للتحكم في السلوك. واستخدمت الدراسة فنية اللعب الحر بعد التدريب مباشرة والتعزيز والتغذية المرتدة لجميع المفحوصين. وأوضحت نتائج الدراسة أن الجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية والتعزيز كان فعالاً في زيادة مستوى التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين، واستمرار أثر هذا التفاعل.

وهدفت دراسة هالة فؤاد كمال (2001) إلى إكساب الأطفال المصابين بأعراض التوحد مهارات السلوك الاجتماعي مثل التواصل البصري، والتقليد، والمبادأة، إتباع التعليمات البسيطة. وقد تكونت الدراسة من (16) طفلاً ذاتوياً تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين أحداهما تجريبية والأخرى ضابطة تتراوح أعمارهم من 3- 7 سنوات وتم تطبيق برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي، استمارة السلوك اللفظي، استمارة تقويم التفاعل الاجتماعي، قائمة السلوك التوحدى. وأشارت نتائج الدراسة إلى حدوث ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة والمتنوعة وزيادة مستوى التفاعل واللعب المستقل الهادف.

وقام عادل عبد الله (2002) بتقديم برنامج تدريبي للمهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والتحقق من مدى فعاليته في أحداث كم معقول من التفاعلات الاجتماعية بينهم وبين أقرانهم وإكسابهم مستوى جيد من هذه التفاعلات مما قد يسهم بشكل مباشر في تعديل بعض ما يصدر عنهم من أنماط سلوكية، ويسهل من عملية انخراطهم في المجتمع كما قد يساعد المعلمين والآباء على التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب، مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة اجتماعياً و كانت عينة الدراسة عبارة عن (10) أطفال توحديين ممن ينطبق عليهم أربعة عشر بنداً على الأقل من مقياس

الطفل التوحدي إعداد الباحث تتراوح أعمارهم ما بين 8 : 12 سنة، ونسب ذكائهم ما بين 58- 78، وجميعهم من مستوى اجتماعي اقتصادي ثقافي متوسط، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين في العدد الأولى تجريبية والثانية ضابطة وتم تطبيق مقياس جودار للذكاء، مقياس الطفل التوحدي (إعداد/ الباحث) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد/ محمد بيومي خليل،2000)، مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين خارج المنزل (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي المستخدم (إعداد/ الباحث) وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث لم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بشهرين.

أما دراسة جيرالد وبيرالس (Gerald & Perales, 2003) والتي استهدفت اختبار طريقة التدخل بالتركيز على العلاقة الأسرية في تحسين الناحية الاجتماعية العاطفية للأطفال الذاتويين وذلك خلال 12 شهراً من عمليات التدخل. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً ذاتوياً وآبائهم، وتتراوح أعمارهم ما بين 3 – 5 سنوات وكانت العينة 60 % ذكور و40 % إناث. وتم استخدام شرائط الفيديو لملاحظة أسلوب تعامل الآباء مع أطفالهم، استبيان، مقابلات من خلال التليفون وأظهرت نتائج الدراسة تقدم الأطفال الذاتويين (الذين استخدمت معهم هذه الطريقة) تقدماً إحصائياً وإكلينيكياً ملحوظاً في الناحية الاجتماعية والعاطفية، مما ساعد على حل المشاكل السلوكية وزيادة التفاعل الاجتماعي، كما أوضحت أن التدخل المبكر ومساندة الآباء يساعدهم على أن يكونوا أكثر استجابة لأطفالهم وهذا بدوره له علاقة بتحسن الطفل في الناحية الاجتماعية العاطفية.

وقام كارولين وآخرون (Carolyn, et al, 2004) بدراسة استهدفت تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال الصغار من الذاتويين الذين لديهم صعوبات تواصل خاصة بالمشاركة الاجتماعية واشتملت عينة الدراسة على (20) طفلاً ذاتوياً تم تقسيمهم إلى مجموعتين، كل مجموعة تتكون من (10) أطفال وقد تراوحت أعمارهم ما بين 3 :5 سنوات وتم تشخيص الذاتوية لـ 75 % من المشاركين، أما 25 % الباقين فكان لديهم إعاقة لغوية شديدة تمنعهم من التواصل الإجتماعي. وخلال مرحلة الخط القاعدي، حضر الأطفال في هذه الدراسة إعدادات ما قبل المدرسة، وتلقوا علاجاً لغوياً، وحديثاً فردياً على مدار أسبوعي. وفي مرحلة التواصل تم جمع الآباء ومقدمي الرعاية مع الأطفال لمدة نصف ساعة يومياً بالمنزل، باستخدام برنامج للتواصل يقوم على المحادثة الفعالة، ثم يتلقى الأطفال نصف ساعة أخرى من العاملين بالحضانة أو المدرسة. وأظهرت النتائج مستويات عالية من المشاركة في الألعاب الاجتماعية، وتطور المهارات التواصلية حيث أوضحت أن التفاعل تحسن مستواه وبخاصة في المشاركة في أشكال اللعب وكان هناك تحسن واضح في اللغة وزيادة الكلمات المنطوقة.

واهتمت دراسة نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004) بالتعرف على فعالية برنامج تدريبي قائم على التعلم بالأنموذج في تنمية بعض من المهارات الاجتماعية لدى طفل الأوتيزم. وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة التدخل العلاجي السلوكي لفك حصار العزلة الذي يفرضة طفل الأوتيزم حول نفسه من خلال تنمية بعض المهارات الاجتماعية باستخدام فنية التعلم بالنمذجة وتكونت من (30) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين كل منهما تتكون من (15) طفلاً. ويتطبيق مقياس الطفل التوحدى، مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، قائمة تقدير المهارات الاجتماعية، البرنامج التدريبي توصلت نتائج الدراسة إلى

حدوث قدر مناسب من التحسن في مستوى النضج الاجتماعي بعد التدريب على البرنامج العلاجي.

وقام محمد الحسيني (2008) بدراسة بعنوان فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالذاتوية. واستهدفت الدراسة اختبار فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالذاتوية. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً مصابا بالذاتوية تتراوح أعمارهم ما بين (7-10) سنوات.

تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى تتكون من (10) أطفال كمجموعة تجريبية والثانية تتكون من (10) أطفال كمجموعة ضابطة. واشتملت أدوات الدراسة على المعيار التشخصى الإحصائي الرابع DSM-IV، مقياس جليام لتشخيص الذاتوية، مقياس المهارات الاجتماعية، البرنامج التدريبي (إعداد الباحث) وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدى لمقياس المهارات الاجتماعية للأطفال الذاتويين للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس البعدى. كما تبين أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من الأطفال الذاتويين في المهارات الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

وقامت أميرة عمر (2009) بدراسة بعنوان فاعلية التدخل المبكر من خلال العلاج باللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين.وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال برنامج تدريبي يعتمد على استخدام أنشطة اللعب العلاجية وكانت عينة الدراسة عبارة عن (10) أطفال توحديين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية تضم (5) أطفال وضابطة تضم (5) أطفال وتراوحت

أعمارهم الزمنية ما بين (2- 5) سنوات. وتم استخدام مقياس تقدير حالات التوحد (CARS)، مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي البرنامج التدريبى (إعداد الباحثة)، مقياس تقدير المهارات الاجتماعية (إعداد الباحثة). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للطفل التوحدى لصالح القياس البعدى. كما توجد أيضا فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للطفل التوحدى لصالح المجموعة التجريبية.

تعقيب على دراسات المحور الثالث:

من خلال عرض الباحثة للدراسات السابقة عن المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين أتضح ما يلى:

يعانى الأطفال الذاتويين من قصور في التواصل البصري وتبادل النظرات مع الآخرين، كما يعانون من قصور في إيماءات الرأس تجاه المثير البصري والسمعي فالأطفال الذاتويين لا يحملقون في أعين الآخرين، كما لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين لأنهم يتجنبون الآخرين. أتضح من دراسة بيتلر وآخرون (Buitelaar et al, 1991)، ودراسة مكفوى وآخرون (Mcevoy et al, 1993).

إن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في استمرار الانتباه المتواصل واللعب الرمزي، فهم لا يتواصلون بصريا مع الآخرين ويعانون من قصور في استخدام تعبيرات الوجه في التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم. كما في دراسة ورد (Ward, 1996) دراسة سيجمان (Sigman, 1998).

إن الأطفال الذاتويين نادرا ما ينظرون إلى رفاقهم، ولا يبدءوا بتقديم التحية الاجتماعية، كما أنهم يعانون من انخفاض في معدلات التفاعلات الاجتماعية مع الرفاق والإخوة في المواقف الاجتماعية.كما في دراسة كازارى وآخرون

(Kasari et al, 1993) دراسة ليكام وآخرون(Leekam et al, 1997)

- ساعد استخدام برنامج تدريبي قائم على التعلم بالأنموذج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية في حدوث قدر مناسب من التحسن في مستوى النضج الاجتماعي.كما بدراسة نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004).

- الجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية والتعزيز كان فعالاً في زيادة مستوى التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين. كما في دراسة جونزاليز وكامبس (Gonzalez & Kamps, 1997).

ساعد استخدام طريقة التدخل بالتركيز على العلاقة الأسرية في تحسين الناحية الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال الذاتويين مما ساعد على حل المشاكل السلوكية وزيادة التفاعل الاجتماعي. كما في دراسة جيرالد وبيرالس (Gerald & Perales, 2003).

ساعد استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية في تحسن مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين. كما بدراسة عادل عبد الله محمد (2002)

- ساعد التدخل المبكر من خلال العلاج باللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.كما في دراسة أميرة عمر (2009).

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

يلاحظ من العرض السابق عدة نقاط وهى كالتالي:

- توفر العديد من الدراسات الأجنبية التي تتناول اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين من حيث عدم القدرة على انتقاء المثير الهدف من بين عدة مثيرات، صعوبة تواصل الانتباه على المثيرات بالإضافة إلى قصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر وكذلك صعوبة تقسيم الانتباه بين الأهداف السمعية والبصرية.

- ندرة الدراسات الأجنبية التي تناولت العلاقة بين تنمية الانتباه واكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين حيث لم يتوفر للباحثة إلا دراستي واهلن (Whalen, 2001) ، واهلن وآخرون (Whalen,et al 2006)
- عدم توافر أي دراسة عربية تتناول العلاقة بين تنمية الانتباه واكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين
- قلة عدد الدراسات التي تناولت تصميم برنامج متكامل لتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

ويتضح من استعراض الدراسات السابقة تنوعها من حيث حجم العينة ومجموعات المشاركين والأدوات المستخدمة.

حجم العينة

اختلفت الدراسات السابقة في عدد أفراد العينة حيث انه في بعض الدراسات كان عدد أفراد العينة قليل كما بدراسة: (kogel & William, 1993) وعدد افرادها طفلين، (Pierce & Schreibman, 1995) وعدد افرادها (4)، (Anderson, 1998) وعدد أفرادها (4)، (Yamamoto et al, 2001) وعدد افرادها (5)، (Woodbury, 1996) وعدد أفرادها (5).

وهناك دراسات كانت عدد أفرادها متوسط كما بدراسة: (Ciesielski et al, 1990) وعدد افرادها (23)، (Buitelaar et al, 1991) وعدد أفرادها (24)، (Casey et al ,1993) وعدد أفرادها (20)، (Gillberg et al , 1994) وعدد افرادها (24)، (Cresielski et al ,1995) ، وعدد أفرادها (19)، (Ward, 1996) وعدد افرادها (20)، (Ball ,1996) وعدد أفرادها (16)، (Townsend et al, 1996) وعدد أفرادها (21) (Gonzalez & Kamps, 1997) وعدد أفرادها (16)، (Target & Joseph 1997) وعدد افرادها (12)، (Ruple, 2001) وعدد افرادها (16) ، هالة فؤاد (2001) وعدد افرادها (16) ،(Carpenter et al, 2002) وعدد أفرادها (28)، (Whalen & Schreibman, 2003)

وعدد أفرادها (11)، (Gerald & Perales, 2003) وعدد أفرادها (20) ، (Carolyn et al, 2004) وعدد أفرادها (20)، نيرمين بنت عبدالرحمن بدر (2006) وعدد افرادها (8) ، محمد الحسيني (2008) وعدد افرادها (20)

وقد اتفقت الدراسة الحالية في عدد أفراد العينة مع دراسة كل من Whalen, (2001) وعدد افرادها (10)، (Whalen et al, 2006) وعدد افرادها (10)، ازهار أمين (2001) وعدد افرادها (10)، عادل عبد الله (2002) وعدد افرادها (10)، محمد يوسف (2009) وعدد أفرادها (10)، أميرة عمر (2009) وعدد أفرادها (10)

وهناك دراسات كان عدد أفرادها كبير كما بدراسة: (Garretson et al, 1990) وعدد أفرادها (46)، (Mundy et al, 1990) وعدد افرادها (36)، (Dawson, 1991 & Lewy) وعدد أفرادها (60)، (Campbell et al, 1993) وعدد افرادها (41)، (Kasari et al, 1993) وعدد افرادها (90)، (Mcevoy et al, 1993) وعدد افرادها (46)، (Burack, 1994) وعدد أفرادها (78)، (Courchesne et al, 1994) وعدد افرادها (32)، (Lord & Pickles, 1996) وعدد أفرادها (94)، (Patterson, 1996) وعدد أفرادها (30)، (Mcarthur & Adamson, 1996) وعدد أفرادها (30)، (Pierce et al, 1997) وعدد افرادها (43)، (Singer, 1997) وعدد افرادها (39)، (Fernanedz, 1997) وعدد أفرادها (61)، عبد المنان ملا معمور (1997) وعدد أفرادها (30)، (Leekam et al, 1997) وعدد أفرادها (35)، (Swettenham et al, 1998) وعدد أفرادها (43)، (Leekam et al, 2000) وعدد أفرادها (30)، (Rinehart et al, 2001) وعدد أفرادها (48)، (Reginald & Bryson, 2004 وعدد أفرادها (60)، (Sinzig et al, 2008) وعدد أفرادها (81)، (Landry et al,2009 وعدد أفرادها (32) نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004) وعدد أفرادها (30)

وهناك دراسات كان عدد أفرادها كبير جدا كما بدراسة: (Goldstein et al, 2001 وعدد أفرادها (206) ، (Sigman, 1998) وعدد أفرادها (330)

وهناك دراسات لم تحدد عدد أفرادها كما بدراسة:(Reitman, 2005)

من حيث المنهج:

فهناك دراسات تناولت مجموعة واحدة، مجموعتين، ثلاثة، أربعة وهذا ما اكدته الدراسات الحالية:

دراسات ذات مجموعة واحدة كما في دراسة: (Gillberg et al, 1994) - (Woodbury, 1996) - (Whalen, 2001) - (Whalen et al, 2006) - عبد المنان ملا معمور (1997)- (Reitman, 2005) -(Campbell et al, 1993) (Yamamoto et al, 2001) - (Whalen & Schreibman, 2003) - (Ruple, 2001) (kogel & William, 1993) - عادل عبد الله (2002)- (Gerald & Perales, 2003) وقد اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسات في استخدام مجموعة واحدة .

دراسات ذات مجموعتين كما في دراسة:

Mundy et al, -(Garretson et al, 1990) - (Anderson, 1998) - (Ciesielski et al, 1990) - (Mcarthur & Adamson, 1996) - (Patterson, 1996) -(Ward, 1996) (1990) (Goldstein et al, - (Leekam et al, 2000) - (Singer, 1997) - (Townsend et al, 1996) - (Landry et al,2009) -(Chawarska et al, 2003) - (Carpenter et al, 2002) -2001) (Lynn, - (Pierce & Schreibman, 1995) -(Cresielski et al, 1995) - (Casey et al, 1993) -1996) أزهار امين (2001)- عادل عبد الله (2002) - نيرمين بنت عبد الرحمن بدر (2006)- محمد يوسف (2009)- (Buitelaar et al, 1991) -(Lord & Pickles, 1996) -(Joseph & Target, 1997) -(Ball ,1996) -(Gonzalez & Kamps, 1997) - هالة فؤاد كمال (2001)- (Carolyn, et al, 2004)- نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004)- محمد الحسيني (2008) - اميرة عمر (2009)

دراسات ذات ثلاثة مجموعات كما في دراسة:

(Swettenham - (Fernanedz, 1997) - (Pierce et al, 1997) - (Burack, 1994) 1994) -(Sinzig et al, 2008) - (Reginald & Bryson, 2004) - et al, 1998) (Mcevoy - (Kasari et al, 1993) -(Lewy&Dawson, 1991) -(Courchesne et al, (Leekam et al, 1997) -et al, 1993)

دراسات ذات أربعة مجموعات كما في دراسة: (Rinehart et al, 2001) - (Sigman, 1998)

وهناك دراسات قسمت العينة إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة:

ومن الدراسات التى قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة دراسة كل من

- (Goldstein et al, 2001) - (Swettenham et al, 1998) -(Cresielski et al, 1995)

(Rinehart et al, 2001) - أزهار أمين (2001)- هالة فؤاد كمال (2001)- عادل عبد الله (2002)- نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004)- نيرمين بنت عبد الرحمن بدر (2006)- محمد يوسف (2009)- محمد الحسيني (2008)- أميرة عمر (2009)

من حيث الأدوات:

تم استخدام عدد كبير من الأدوات كان من أكثرها استخداما مقياس تواصل الانتباه وأسلوب الملاحظة واختبار للذكاء وذلك كما بدراسة كل من

-(Patterson, 1996) - (Ward, 1996) -(Casey et al, 1993) -(Garretson et al, 1990)

- (Swettenham et al, 1998) - (Fernanedz, 1997) -(Mcarthur & Adamson, 1996)

(Courchesne et al, 1994) - عبد المنان ملا معمور (1997) - أزهار أمين (2001)

بعد استعراض الدراسات السابقة ونتائجها، أتضح أثر البرامج التدريبية في تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، ومن هذا المنطلق ركزت الباحثة على ضرورة تقديم برنامج سلوكي لهؤلاء الأطفال، بهدف تنمية الانتباه.

فروض الدراسة:

توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدى لصالح القياس البعدى لأفراد عينة الدراسة على:

1- مقياس اضطراب الانتباه   2- مقياس تقدير المهارات الاجتماعية.

وبعد الانتهاء من تناول الدراسات السابقة، وفروض الدراسة تتناول الباحثة في الفصل القادم إجراءات الدراسة بما تتضمنها من عرض للمنهج المستخدم والعينة والأدوات والأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تمهيد:

تتناول الباحثة في هذا الفصل الطريقة والإجراءات المتبعة في الدراسة الحالية، من حيث تحديد منهج الدراسة، انتقاء العينة وتحديدها، خطوات الجانب التجريبي، الأدوات المستخدمة، ثم الأساليب الإحصائية للتحقق من صحة فروض الدراسة، وفيما يلي تفصيل ذلك:

أولا: منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج التجريبي ذا المجموعة الواحدة لإجراء قياس قبلي و قياس بعدى لمتغيرات الدراسة، حيث يعد البرنامج بمثابة المتغير المستقل وتعد المهارات الاجتماعية بمثابة المتغير التابع.

ثانيا: عينة الدراسة:

شروط اختيار العينة:

- أن تتراوح أعمار العينة من سن 4: 6 سنوات وذلك لان أغلب الأطفال في هذه السن يكونوا محتاجين لبرنامج تنمية الانتباه وكذلك لأن هذه المرحلة تمثل نسبة كبيرة من عدد الأطفال الذاتويين داخل المراكز المتخصصة.
- أن يحصل الطفل على درجات منخفضة في كل من مقياس اضطراب الانتباه ومقياس المهارات الاجتماعية.
- أن يكونوا من الذكور والإناث ومن مستوى اقتصادي واجتماعي وثقافي متوسط
- أن تكون درجة الذاتوية لدى هؤلاء الأطفال متوسطة وليست شديدة وذلك لإعطاء فرصة للتعامل مع الطفل، لأن حالات الذاتوية الشديدة تتطلب برنامجا يستغرق وقتا طويلا لأحداث التحسن.

- ان تنطبق عليهم معايير تشخيص الذاتوية كما حددها دليل التشخيص الإحصائي الرابع للأمراض
- DSM IV (2011) الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي A PA.
- أن يكون قد سبق تشخيصهم بالذاتوية من قبل طبيب أمراض نفسية وعصبية.
- عدم وجود أي إعاقة أخرى بجانب الذاتوية سواء حركية أو حسية.

2- العينة الاستطلاعية:

تهدف العينة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة إلى التعرف على:

1- مدى ملائمة انشطة البرنامج للعينة.

2- تحديد عدد الجلسات وزمن كل جلسة.

3- تحديد الفنيات المستخدمة أثناء التدريب.

4- تحديد حجم العينة.

5- تحديد العمر الزمني للعينة.

وقد تم تطبيق البرنامج على العينة الاستطلاعية وكان قوامها (10) أطفال ذاتويين، (8) أطفال ذكور، (2) إناث، وتراوحت أعمارهم ما بين 4: 6 سنوات، ومن هذه العينة الاستطلاعية استطاعت الباحثة تحديد المحتوى النهائي للبرنامج والفترة الزمنية وفنيات التدريب الملائمة.

3- مبررات اختيار العينة:

لقد قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على مجموعة واحدة من الأطفال الذاتويين وذلك لتعدد وتنوع أعراض الذاتوية من فرد إلى آخر فمن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما ويرجع ذلك إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لهذه الإعاقة وكذلك يختلف سلوك كل طفل عن الآخر بشكل يجعل حالات الذاتوية حالات فردية يستدعى كل منها أسلوباً وتعاملاً متميزاً بذاته ومختلفاً عن طريقة التعامل مع الطفل الآخر وذلك حسب ما يبديه الطفل من مظاهر

سلوكية مختلفة في درجة الحدة ومدى التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل.

وقد اكتفت الباحثة بإجراء الدراسة على عدد عشرة من الأطفال الذاتويين نظرا لطبيعة إعاقتهم التى تستلزم أن يكون البرنامج فردى.

4- محددات اختيار العينة:

أ- محددات جغرافية:

تم اختيار عينة الدراسة من أطفال وحدة الأوتيزم بمركز ذوى الاحتياجات الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

ب- محددات بشرية:

تم اختيار عينة الدراسة قوامها (10) أطفال 8 ذكور، 2 إناث، تتراوح أعمارهم ما بين 4 : 6 سنوات.

ج – محددات جنسية:

عدد (8) ذكور، وعدد (2) إناث وذلك لأن نسبة الذاتوية في الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4: 1 وهى نفس النسبة في عينة الدراسة الحالية (Herbert, 1998, 227)

د- محددات اقتصادية واجتماعية وثقافية:

تم مجانسة أفراد العينة اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا من خلال استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وقد تبين أنهم يقعون في مستوى اقتصادي واجتماعي وثقافي متوسط.

وفيما يلى جدول رقم (1) يوضح طبيعة وخصائص عينة الدراسة كما يلي:

جدول (1) يوضح البيانات الخاصة بطبيعة وخصائص عينة الدراسة

الحالة	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5	الحالة 6	الحالة 7	الحالة 8	الحالة 9	الحالة 10
الجنس	ولد	ولد	ولد	ولد	ولد	ولد	ولد	ولد	بنت	بنت
السن	4.4 سنوات	5.4 سنوات	5.10 سنوات	4.6 سنوات	5.7 سنوات	4.5 سنوات	6.4 سنوات	6.2 سنوات	6.4 سنوات	5.5 سنوات
عدد الأخوة	-	3	2	3	2	-	2	4	-	2
ترتيب الطفل	الأول	الأول توام	الأول	الأخير	الأول	الأول	الأولي	الاخير	الأولي	الثانية
مهنة الأب	اعمال كتابية	اعمال إدارية	اعمال إدارية	اعمال كتابية	مهن حرة	مهن حرفية	مدرس	مهن حرة	محاسب	مهن حرة
تعليم الأب	جامعي	جامعي	جامعي	جامعي	متوسط	متوسط	جامعي	متوسط	جامعي	فوق المتوسط
مهنة الأم	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل	ربة منزل
تعليم الأم	متوسط	جامعي	فوق متوسط	فوق متوسط	متوسط	متوسط	فوق متوسط	متوسط	جامعي	متوسط
مستوي الدخل	متوسط	مرتفع	فوق المتوسط	فوق المتوسط	متوسط	متوسط	فوق المتوسط	متوسط	فوق المتوسط	متوسط
مستوي السكن	متوسط	مرتفع	فوق المتوسط	مرتفع	متوسط	متوسط	فوق متوسط	متوسط	متوسط	متوسط
عدد حجرات المنزل	حجرتين	3 حجرات	3 حجرات	3حجرات	حجرتين	حجرتين	3حجرات	حجرتين	3 حجرات	حجرتين
المستوي الاقتصادي	متوسط	مرتفع	فوق المتوسط	فوق المتوسط	متوسط	متوسط	فوق المتوسط	متوسط	مرتفع	متوسط
العلاقة بين الوالدين	مستقرة	تعاون	مستقرة	مستقرة	تعاون	مستقرة	مستقرة	مشاجرة	حب وتقدير	مستقرة
معاملة الأم للطفل	تدليل	اعتدال	اهتمام	ثواب وعقاب	اهتمام	حزم	اهتمام	تفضيل	ثواب وعقاب	تدليل
معاملة الأب للطفل	تفضيل	حزم	اعتدال	تفضيل	اهتمام	تدليل	حزم	حزم	اهتمام	اعتدال

يوضح الجدول السابق طبيعة وخصائص عينة الدراسة من خلال اعطاء نظرة سريعة وشاملة على الخصائص المشتركة بين أفراد عينة الدراسة.

تعليم متوسط ويشمل الدبلومات بكافة أنواعها

مستوى دخل متوسط ويتراوح ما بين 1000: 1500 جنيه

مستوى سكن متوسط وذلك حسب محتويات المنزل من أثاث وعدد حجرات.

مستوى اقتصادى متوسط وذلك طبقا لاستمارة المستوى الاقتصادي التي تم تطبيقها.

جدول (2) يوضح التكرارات والمتوسط الحسابي لخصائص وطبيعة عينة الدراسة (ن= 10)

م	المتغير	التكرارات (ك)	المتوسط(م)
1-	الجنس		
	- ولد	8	0.8
	- بنت	2	0.2
2-	عدد الإخوة		
	- لا يوجد	3	0.3
	- اثنين	4	0.4
	- ثلاثة	2	0.2
	- اربعة	1	0.1
3-	ترتيب الطفل		
	- الأول	7	0.7
	- الثاني	1	0.1
	- الأخير	2	0.2
4-	مهنة الأب		
	- اعمال كتابية	2	0.2
	- اعمال ادارية	2	0.2
	- مهن حرة	3	0.3
	- مهن حرفية	1	0.1
	- مدرس	1	0.1
	- محاسب	1	0.1

-5	مهنة الأم ربة منزل	10	0.10
-6	تعليم الأب - جامعي - فوق المتوسط - متوسط	6 1 3	0.6 0.1 0.3
-7	تعليم الأم - جامعي - فوق المتوسط - متوسط	2 3 5	0.2 0.3 0.5
-8	مستوى الدخل - مرتفع - فوق المتوسط - متوسط	1 4 5	0.1 0.4 0.5
م	المتغير	التكرارات (ك)	المتوسط (م)
9 -	مستوى السكن - مرتفع - فوق المتوسط - متوسط	2 2 6	0.2 0.2 0.6
-10	عدد حجرات المنزل حجرتين 3 حجرات	5 5	0.5 0.5
-11	المستوى الاقتصادي - مرتفع - فوق المتوسط - متوسط	2 3 5	0.2 0.3 0.5
-12	العلاقة بين الوالدين - مستقرة - تعاون - مشاجرة - حب وتقدير	6 2 1 1	0.6 0.2 0.1 0.1
-13	معاملة الام للطفل	2	0.2

	- تدليل	1	0.1
	- اعتدال	3	0.3
	- اهتمام	2	0.2
	- ثواب وعقاب	1	0.1
	- حزم	1	0.1
	- تفضيل		
-14	معاملة الاب للطفل		
	- تدليل	1	0.1
	- اعتدال	2	0.2
	- اهتمام	2	0.2
	- حزم	3	0.3
	- تفضيل	2	0.2

ثالثا : خطوات تنفيذ الجانب التجريبي من الدراسة :

اتبعت الباحثة عدة خطوات لإجراء الجانب التجريبي لهذه الدراسة:

اختيار عينة الدراسة من مركز ذوى الاحتياجات الخاصة والذي يضم عدد من الوحدات منها وحدة الأوتيزم، وحدة صعوبات التعلم، وحدة العلاج الوظيفي، وحدة التخاطب، وحدة العلاج الطبيعي، ووحدة الرعاية الذاتية بمعهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس.

تم اختيار 10 أطفال من وحدة الأوتيزم ينطبق عليهم شروط العينة من حيث السن ومستوى الذاتوية وعدم وجود إعاقات أخرى مصاحبة للذاتوية سواء سمعية أو بصرية أو حركية والذين هم من أصل 30 طفل من المقيدين بوحدة الأوتيرم، وتم تطبيق مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة على أفراد العينة وتحديد مستوى الذاتوية لديهم.

تطبيق استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة على أفراد العينة للتعرف على مستواهم الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

تم المجانسة بين أفراد عينة الدراسة من حيث السن، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي ودرجة الذاتوية.

تم إجراء قياس قبلي على أفراد العينة لاضطراب الانتباه، والمهارات الاجتماعية، وذلك من خلال تطبيق مقياس اضطراب الانتباه، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال الذاتويين وذلك للإبقاء على الأطفال الحاصلين على درجات منخفضة في المقياسين وتطبيق البرنامج عليهم.

تم تطبيق برنامج الدراسة، ثم إعادة تطبيق مقياس اضطراب الانتباه، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية على أفراد العينة ثم المقارنة بين درجات أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج للتعرف على مدى فاعلية البرنامج باستخدام أحد مقاييس الدلالة الإحصائية.

رابعا: أدوات الدراسة:

1 - استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة (إعداد: محمد خطاب، 2004)

2- مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة (أعداد شوبلر وآخرون،1988) "ترجمة هدى أمين، 2004"

The Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler. et al, 1988)

3- مقياس الطفل الذاتوي (إعداد: عادل عبدالله، 2002)

4- مقياس تقدير المهارات الاجتماعية (إعداد الباحثة)

5- مقياس اضطراب الانتباه (إعداد الباحثة).

6- برنامج تنمية الانتباه (إعداد الباحثة)

وفيما يلي عرض لهذه الأدوات:

1- استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة، إعداد "محمد خطاب"2004".

الهدف من الاستمارة:

صممت هذه الاستمارة بهدف قياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي لأسر مجموعة من الأطفال الذاتويين، وقد استخدمت هذه الاستمارة لضبط

المتغير الاقتصادي والاجتماعي والثقافي لأفراد عينة الدراسة، وللتعرف على الكثير من خصائص الوالدين المتمثلة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي من حيث الدخل ومستوى التعليم وغيرهما من الأبعاد الأخرى لمحاولة الكشف عن ارتباط هذه النواحي بجوانب سلوك الأطفال الذاتويين.

وصف الاستمارة:

تكونت الاستمارة من عدة أبعاد لقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي لأسر الأطفال الذاتويين وتم ترتيبها على النحو التالي:

البيانات الأولية وتشمل: (الاسم، الجنس، السن، المؤسسة)

(أ) مستوى الحي السكني.

(ب) عدد أفراد الأسرة.

(ج) مستوى تعليم الأب والأم.

(د) مهنة الأب والأم.

(هـ) إجمالي دخل الأسرة.

(و) نوعية ألعاب الطفل.

(ز) قضاء وقت فراغ الأسرة.

(ح) ممتلكات الأسرة من الأدوات والآلات.

وقد تم التعبير عن هذه الأبعاد في صورة أرقام.

إجراءات تطبيق الاستمارة وتصحيحها:

يتم تحديد رقما خاصا لكل فرد من أفراد العينة يكتب على كراسة الأسئلة ويطلب من أولياء الأمور أن يجيبوا بصدق ودون حرج على الأسئلة، ثم تصحح الاستمارة وفقا لمفتاح التصحيح الخاص بها، وتجمع درجات كل فرد للحصول على الدرجة الخام المعبرة عن المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

ثبات الاستمارة وصدقها:

صدق الاستمارة:

قام مصمم الاستمارة بعرض الاستمارة على (5) من المحكمين وقد اتفقوا على صلاحيتها بنسبة 98 ٪

ثبات الاستمارة:

قام مصمم الاستمارة بحساب معامل الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق في حساب معامل الثبات وكان معامل الثبات 91, 0. مما يدل على أن الاستمارة صالحة للتطبيق.

جدول رقم (3): يوضح تقدير درجات استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة

بند 1		بند 2		بند 3		بند 4		بند 5		بند 6		بند 7		بند 8		بند 9	
س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د
أحياء عالية المستوى	6	ثلاثة أفراد	5	دكتوراة	8	أعمال فنية	6	أكثر من 800	6	مطالعة الكتب	3	ألعاب طفل إلكترونية	4	قضاء وقت الفراغ في النادي	7	سيارة	15
فوق المتوسط	5	أربعة أفراد	4	ماجستير	7	أعمال ادراية	5	701 إلى 800	5	مطاعة المجلات	2	ألعاب كهربائية	3	في المسرح	6	كمبيوتر	14
مستوى متوسط	4	خمسة أفراد	3	دبلومة	6	أعمال كتابية	4	601 إلى700	4	مطالعة الجرائد	1	ألعاب بلاستيكية	2	في السينما	5	تكيف	13
أقل من المتوسط	3	ستة أفراد	2	شهادة جامعية	5	مهن حرة	3	500 إلى 600	3			ألعاب خشبية	1	في الكازينو	4	دش	12
أحياء فقيرة	2	أكثر من ستة	1	شهادة فوق	4	مهن حرفية	2	400 إلى 500	2					حدائق عامة	3	تليفون	11

		أفراد		المتوسط													
عشوائيات	1			متوسط	3	عاطل	1	أقل من 400 جنية	1					زيارة الأقارب	2	تليفزيون ملون	10
				يقرأ ويكتب	2									في المنزل	1	غسالة أوتوماتك	9
				أمي	1											ثلاجة	8
																فيديو	7
																مكنسة كهربائية	6
																سخان	5
																غسالة عادية	4
																بوتوجاز	3
																تسجيل	2
																تليفزيون أبيض وأسود	1
ن.هـ	6		5	ن.هـ	8	ن.هـ	6	ن.هـ	6	ن.هـ	3	ن.هـ	4	ن.هـ	7	ن.هـ	15

س = الاستجابة د = الدرجة ن. هـ = النهاية العظمى

2- مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة إعداد "شوبلر وآخرون" 1988

The Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler. et al, 1988)

وضع هذا المقياس شوبلر ورشلر ودفللس ودالى E, Reichler R, Devellis R, Schopler Daly K, 1988 وتم ترجمة وتقنين هذا المقياس من خلال العديد الدراسات المحلية منها دراسة سهام عبد الغفار (1999) ودراسة هدى أمين (2004) ماجد عمارة (2005).

وصف المقياس:

يتكون المقياس من خمسة عشر بندا كمقياس سلوكي لتحديد درجة الذاتوية من بسيطة ومتوسطة إلى شديدة ويتكون المقياس من البنود الآتية وهى:

1- العلاقة بالآخرين
2- التقليد
3 - الاستجابة الانفعالية
4- استخدام الجسم
5- استخدام الأشياء
6- التكيف مع التغير
7- الاستجابة البصرية
8- الاستجابة السمعية
9- الاستخدام والاستجابة للتذوق والشم واللمس
10- الخوف أو العصبية
11- التواصل اللفظي
12- التواصل غير اللفظي
13- مستوى النشاط
14- مستوى وتناغم الاستجابة العقلية
15- انطباعات عامة

تعليمات الاجابة: يستخدم الفراغ أسفل كل مقياس لكتابة الملاحظات الخاصة بالسلوكيات المرتبطة بكل مقياس، وبعد الانتهاء من ملاحظة الطفل نقوم بتقدير السلوكيات الخاصة بكل بند من المقياس بوضع دائرة عند كل بند حول الرقم الموجود أمام العبارة التي تمثل أفضل وصف للطفل الذاتوى، ويمكن أن تشير إلى أن الطفل الذاتوى يقع بين وصفين وذلك باستخدام التقديرات (1,5، 2,5، 3,5).

تفسير درجات المقياس:

من 15: 30 (غير مصاب بالذاتوية)

من 31 : 38 (مصاب بالذاتوية البسيطة/ المتوسطة)

من 39: 60 (مصاب بالذاتوية الشديدة)

3- مقياس الطفل التوحدى: إعداد "عادل عبد الله " 2002

الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى تشخيص الذاتوية لدى الأطفال، وقد استخدم هذا المقياس للتأكد من تشخيص حالات الأطفال في عينة الدراسة الحالية.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من 28 عبارة يجاب عنها (بنعم) أو (لا) وتتضمن هذه العبارات عدد من السلوكيات، وتتم قراءة العبارات جيدا لتحديد مدى انطباق هذه العبارات على الطفل بدقة، ويتم ذلك بواسطة الأخصائي أو ولى أمر الأسرة أو أحد الوالدين وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض للذاتوية تمت صياغتها في ضوء المحكات التي حددها دليل التشخيص الإحصائي الرابع للأمراض (DSM IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994 إلى جانب التراث السيكولوجي والسيكاترى حول ما كتب عن هذا الاضطراب.

تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من 28 عبارة وانطباق نصف عدد هذه العبارات (14 عبارة) على الأقل يعنى أن الطفل يعانى من الذاتوية.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

بعد عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين تم الإبقاء على العبارات التي حازت على 95 % على الأقل من إجماع المحكمين ومن ثم تم حذف خمس عبارات ليصبح العدد النهائي لعبارات المقياس 28 عبارة. كما تم تطبيق المقياس على عينة من الأطفال الذاتويين (ن=13) مع إعطاء درجة واحدة للاستجابة بـ(نعم) وصفر للاستجابة بـ(لا) واستخدام مقياس عبد الرحيم بخيت

1999 كمحك خارجي بعد إتباع نفس الإجراءات في إعطاء درجة الاستجابة وقد بلغ معامل الصدق 0,86

ثبات المقياس:

بتطبيق هذا المقياس مرتين بفاصل زمني مقداره شهر واحد بلغت قيمة معامل الثبات 0,917 وباستخدام معادلة KR-21 بلغ معامل الثبات (0.85) (عادل عبد الله، 2002، 283-284)

4- مقياس تقدير المهارات الاجتماعية: إعداد الباحثة

تعد المهارات الاجتماعية من الأمور المهمة في حياة الأطفال بصفة عامة، والأطفال الذاتويين بصفة خاصة، حيث أن نقص أو فقدان المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال يؤدى إلى آثار سلبية، فقد تؤدى محدودية المهارات الاجتماعية لديهم إلى عدم تقبل الآخرين لهم، مما يجعلهم أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية. فافتقاد المهارات الاجتماعية أو قصورها لدى الطفل يعد من الأسس الرئيسية للاضطراب النفسي نظراً لارتباطه بالعديد من جوانب ضعف التفاعل الاجتماعي الايجابي، ويظهر القصور في المهارات الاجتماعية في صورة العديد من الاضطرابات والمشكلات التي يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسي مثل حالات القلق الاجتماعي والخجل وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات الايجابية مثل العجز عن إظهار مشاعر المودة والاهتمام كما يتبدى أيضا في السلبية التي تتمثل في عدم القدرة على التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان، وقد يأتي القصور مصاحبا لكثير من الاضطرابات السلوكية عند الأطفال، بما في ذلك الاضطرابات العصبية والذهنية والسيكوفسيولوجية يصاحبها قصور واضح في المهارات الاجتماعية يتمثل في العجز عن القيام بالحوار مع الآخرين وعدم القدرة على الاستجابة للتفاعل الاجتماعي(عبد الستار إبراهيم آخرون، 1993 : 104).

ولهذا تعتبر المهارات الاجتماعية بمثابة بوابة عبور الطفل إلى عملية التفاعل مع المجتمع، حيث يعد التواصل والتفاعل الاجتماعي والقدرة على مشاركة الآخرين عوامل مهمة وضرورية لنمو العلاقات الاجتماعية للطفل منذ المراحل المبكرة في حياته، لذا تعد المهارات الاجتماعية التي يستطيع الطفل توظيفها بالصورة الصحيحة في حياته أحد المؤشرات المهمة على الصحة النفسية، ويعد افتقار الطفل لمثل هذه المهارات عائقا قويا يعرقل إظهار الكفاءات الكامنة لديه ويحول دون إشباع حاجاته النفسية، لان هذه المهارات هي التي تؤهل الطفل للاندماج مع الآخرين والتفاعل معهم بصورة إيجابية.

وتشير رابطة التعليم الوطني بواشنطن (2006) إلى أن الصعوبات التي يعانيها الأطفال الذاتويين في المهارات الاجتماعية تتضمن صعوبات في: التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتحقيق الاتصال بالعين أثناء المحادثات، والانتباه للجوانب غير اللفظية للتواصل مثل الإشارات والتعبيرات الوجهية، والتكيف والتوافق مع القواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي، والانشغال في موضوعات مختارة مع رفيق المحادثة، وإظهار السلوكيات الاجتماعية أو سلوكيات اللعب المناسبة لعمره، والمبادأة أو الاشتراك مع الآخرين بصورة ملائمة في المواقف الاجتماعية. (National Education Association, 2006, 21)

وبناءاً على ما تقدم فقد قامت الباحثة بتحديد المهارات الاجتماعية التي يتضمنها المقياس وهى مهارة التفاعل الاجتماعي ومهارة اللعب.

أولا: مهارة التفاعل الاجتماعي:

الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، يولد في جماعة، ولا يعيش إلا في جماعة تربطه بأفرادها دائما علاقات متبادلة ويطلق على العملية التي يتم من خلالها إقامة تلك العلاقات المتبادلة التفاعل الاجتماعي(نبيل حافظ وآخرون، 1997: 126).

وترى منيره احمد (1996) أن التفاعل الاجتماعي هو التقاء سلوك شخص مع سلوك شخص آخر أو مجموعة أشخاص في عملية توافق متبادلة تجعل سلوك كل منهما معتمدا على الآخر. أي يكون سلوك كل منهما استجابة لسلوك الآخر، ومنبها لهذا السلوك في الوقت نفسه. كما يقصد بالتفاعل الاجتماعي أن تستمر هذه العملية التبادلية حتى يصبح الموقف سلسلة من السلوك يبدو كمتتابعة سلوكية موصولة الحلقات. والتبادل والاستمرار شرطان لحدوث التفاعل الاجتماعي. (منيرة أحمد، 1996: 3).

ثانيا: مهارة اللعب :

يعتبر اللعب بالفعل هو عمل الأطفال والوسيلة التي من خلالها ينضجون وينمون، فاللعب النشط يمكن النظر إليه باعتباره علامة على الصحة النفسية، بينما يكون غيابه علامة إما على عيب خلقي أو مرض نفسي، ويعتبر الكثيرون اللعب العامل الأهم بين العوامل التربوية، فالطفل الذي لا يلعب لا يفوته فحسب كثير من بهجة الطفولة، لكنه أيضا لا يمكن أن يصير بالغا كامل النمو. ولقد أكدت البحوث النفسية الحديثة حول نمو الطفل الاعتقاد بأن اللعب هو الحاجة النفسية العليا لدى الأطفال الصغار، ولذلك يعد اللعب طريقة التعلم الأساسية في السنوات المبكرة، ويعتبر باعثا على الصحة البدنية والنفسية للفرد(بيتر سميث،2010: 57، 58).

كما أن اللعب يسمح للطفل بمعرفة ذاته وقدراته ويعمل على تنميتها، ومن هذا يمكن أن نقول أن اللعب جزء طبيعي من حياة كل فرد وبخاصة في مرحلة الطفولة، لأنه يعلم الطفل فن الحياة(هدى قناوى، 1995 : 6).

ويُعَرَّف اللعب بأنه نشاط اجتماعي ونفسي اختياري، يؤديه الكائن بغرض الاستمتاع والترويح عن نفسه. وهو اما حراً أو مقيداً بشروط وضوابط، إلا انه في

معظم الأحيان يكون محققاً لميول الفرد ومشبعاً لها. (فرج طه وآخرون، 1993: 663).

كما يُعَرَّف بأنه مجموعة من الأنشطة المتنوعة التي تشبع حاجات الفرد الجسمية والعقلية واللغوية والاجتماعية والانفعالية. وهذه الأنشطة لابد أن تمتع الطفل وتروح عنه، وتعمل على نموه المتكامل، كما تساعد على فهم أسلوب تفكيره، وتكشف عن عالمه النفسي، وتسهم في تشخيص متاعبه ومشاكله ليسهل علاجها. (هدى قناوى، 1995 : 8).

وصف المقياس :

يتكون مقياس تقدير المهارات الاجتماعية من (62) عبارة، منها 30 عبارة تقيس مهارة التفاعل الأجتماعي وهى العبارات من رقم 1: 30، أما العبارات من رقم 31 : 62 فتقيس مهارة اللعب.

تطبيق المقياس :

عند تطبيق المقياس يتم وضع علامة (✓) تحت الاختيار الذي ينطبق على الطفل والاختيارات هي (كثيراً – أحياناً – نادراً) وذلك بالاستعانة بالأم أو الأخصائي.

الهدف من تصميم المقياس :

توفير أداة مناسبة للقياس القبلي والبعدى للمهارات الاجتماعية التي حددتها الباحثة وهى مهارة التفاعل الاجتماعي، مهارة اللعب. وذلك لاختبار مدى فاعلية البرنامج المقترح. حيث لاحظت الباحثة عند القيام بمسح التراث النظري المتعلق بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين عدم توافر أداة مناسبة لقياس المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، لذا كان ضروريا أن تقوم الباحثة بتصميم تلك الأداة.

مراحل إعداد المقياس:

1- قامت الباحثة بالإطلاع على التراث النظري الخاص بالمهارات الاجتماعية وتعريفاتها وتصنيفاتها، وكذلك المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.

2- كما قامت بالإطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال العاديين والأطفال المعاقين والأطفال الذاتويين.

3- وقد قامت كذلك بالإطلاع على مقاييس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال العاديين والأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال الذاتويين، ومن هذه المقاييس :

أ- مقياس المهارات الاجتماعية إعداد: السيد السمادونى، 1991

ب- اختبار المهارات الاجتماعية إعداد: محمد السيد، 1998

ج- مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم داخل غرفة الدراسة إعداد: صالح هارون، 2000

د- قائمة تقدير التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين إعداد: فتحي مجدي، 2007

هـ- مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة إعداد شوبلر وآخرون، 1988
The Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler. et al, 1988)

و- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (Portage) وزارة التربية والتعليم، مصر 2006- 2007

4- وقد قامت الباحثة للتأكد من مناسبة العبارات وفهمها بتطبيق المقياس على عينه مكونه من عشرة من الأمهات وعشرة من الاخصائين، وقد تم الخروج من هذه الخطوة بالاطمئنان على حسن صياغة عبارات المقياس حيث كان عدد استفسارات الاخصائين والأمهات قليل جدا.

5- تم إجراء صياغة عبارات المقياس وتم عرضها على مجموعة من المحكمين للتعرف على مدى ملاءمة العبارات لهدف المقياس وقام السادة المحكمين بتعديل وحذف وإضافة بعض العبارات المناسبة للمقياس.

تصحيح المقياس :

تعطى الدرجات على المقياس على النحو التالي دائماً: (3 درجات) أحياناً: (درجتين) نادراً: (درجة واحدة)

- دائماً: تحدث دائما.
- أحياناً: تحدث في بعض الأحيان.
- نادراً: تحدث بدرجة قليلة جدا.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق على عينة الدراسة وعددها (36) من الأطفال الذاتويين والذين تتراوح أعمارهم ما بين 4: 8 سنوات ثم أعيد تطبيقه مره أخرى على نفس العينة بفاصل زمني 15 يوما وقد قام بتطبيق المقياس على عينة الدراسة كلا من الباحثة والأخصائي القائم على تدريب هؤلاء الأطفال والأم وقد وجد أن معامل ثبات تطبيق الباحثة 89, 0 عند مستوى دلاله 05, 0 وكان معامل ثبات تطبيق الأخصائي 86, 0 عند مستوى دلاله 0,05 ، أما معامل ثبات تطبيق الأم 0,87 عند مستوى دلاله 0,05 وهذا يشير إلى التقارب بين درجات كل من الباحثة والأخصائي والأم مما يعنى أن المقياس يتمتع بنسبة عالية من الثبات.

صدق المقياس:

اعتمدت الباحثة في سبيل التحقق من صدق المقياس على عدة طرق مختلفة من خلال الصدق الظاهري وصدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي.

الصدق الظاهري:

وهو يعنى التأكد أن عنوان المقياس يتناسب مع الفقرات الخاصة به، وقد تم عرض المقياس على خمسة من المحكمين بعد نزع غلاف المقياس وقد أقروا أن المقياس يقيس المهارات الاجتماعية بنسبة اتفاق بلغت 90 %.

صدق المحكمين:

وهو يعنى التأكد من سلامة وصياغة فقرات المقياس من خلال المحكمين، وقد قامت الباحثة بعرض المقياس على عشرة من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والطفولة والفئات الخاصة وذلك لإبداء الراي حول مدى ملائمة العبارات لقياس المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين وقد أشار المحكمون إلى بعض الملاحظات والمقترحات وهى تعديل صياغة بعض العبارات، إضافة مفردات أخرى مناسبة، حذف بعض العبارات، ولقد تم استيفاء هذه الملاحظات وتم الإبقاء على العبارات التي حازت على 90 % من نسبة أتفاق المحكمين.

صدق الاتساق الداخلي:

وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوح صدق الاتساق الداخلي للمقياس من 57 ,0 إلى 0,86

5- مقياس اضطراب الانتباه: إعداد الباحثة

يعتبر اضطراب الانتباه أحد مشاكل الذاتوية والتي تؤثر بشكل كبير على الطفل الذاتوي ويجد الأطفال الذاتويين صعوبة كبيرة في الانتباه للمثيرات عندما تقدم إليهم مع المثيرات المشتتة في وقت واحد، فالطفل الذي يعانى من اضطراب الانتباه يكون غير قادر على المحافظة على الانتباه، وتكون فترة استمرار الانتباه لديه قصيرة ومن السهل تشتته، ويبدو عليه عدم الإصغاء، ويفشل الطفل في إنهاء المهمة التي شغلته في فترة ما، وكذلك أدائه للأنشطة التي تتطلب

تركيز الانتباه ضعيف جدا، فنجد الطفل غير قادر على تركيز انتباهه المدة الكافية.

وتعرف زينب شقير (2002) اضطراب الانتباه بأنه صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة(زينب شقير، 2002: 74).

وتعرفه الباحثة: بأنه عدم قدرة الطفل على تركيز الانتباه على المثيرات الهامة ذات العلاقة بالموقف وأنشغالة بالمثيرات المشتتة.

وصف المقياس :

يشتمل مقياس اضطراب الانتباه على (20) عبارة تقيس اضطراب الانتباه لدى الطفل الذاتوي.

تطبيق المقياس :

عند تطبيق المقياس يتم وضع علامة (✓) تحت الاختيار الذي ينطبق على الطفل والاختيارات هى (كثيراً – أحياناً – نادراً) وذلك بالاستعانة بالأم، الأخصائي.

الهدف من تصميم المقياس :

توفير أداة مناسبة للقياس القبلي والبعدي لاضطراب الانتباه لدى الطفل الذاتوي وذلك لاختبار مدى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية الانتباه. حيث لاحظت الباحثة عند القيام بمسح التراث النظري المتعلق بالانتباه لدى الأطفال الذاتويين عدم توافر أداة مناسبة لقياس اضطراب الانتباه لدى هؤلاء الأطفال، لذا كان ضرورياً أن تقوم الباحثة بتصميم تلك الأداة.

مراحل إعداد المقياس:

1- قامت الباحثة بالإطلاع على التراث النظري الخاص بالانتباه وتعريفاته وخصائصه واضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

2 - كذلك قامت بالإطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

مثل دراسة [Ciesielski et al, 1990; Garretson et al, 1990; Casey et al, 1993 Mcarthur & Adamson, 1996; Reginald & Burack, 1994; Courchesne et al, 1994 Bryson, 2004; Carpenter et al, 2002; Pierce et al, 1997; Sinzig et al, 2008 Landry et al, 2009; عبد المنان ملا 1997; السيد عبد العزيز 1999; عادل عبد الله 2002]

3- وقد قامت الباحثة للتأكد من مناسبة العبارات وفهمها بتطبيق المقياس على عينه مكونه من عشرة من الأمهات وعشرة من الاخصائين، وقد تم الخروج من هذه الخطوة بالاطمئنان على حسن صياغة عبارات المقياس حيث كان عدد استفسارات الاخصائين والأمهات قليل جدا.

4- تم إجراء صياغة عبارات المقياس وتم عرضها على مجموعة من المحكمين للتعرف على مدى ملاءمة العبارات لهدف المقياس وقام السادة المحكمين بتعديل وحذف وإضافة بعض العبارات المناسبة للمقياس.

تصحيح المقياس :

تعطى الدرجات على المقياس على النحو التالي دائماً: (3 درجات) أحياناً: (درجتين) نادراً: (درجة واحدة) - دائماً: تحدث دائماً. أحياناً: تحدث في بعض الأحيان. - نادراً: تحدث بدرجة قليلة جداً.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة التطبيق على عينة الدراسة وعددها (36) من الأطفال الذاتويين والذين تتراوح أعمارهم ما بين 4 : 8 سنوات ثم أعيد تطبيقه مره أخرى على نفس العينة بفاصل زمني 15 يوما وقد قام بتطبيق المقياس على عينة الدراسة كل من الباحثة والأخصائي القائم على تدريب هؤلاء الأطفال والأم ووجد أن معامل ثبات تطبيق الباحثة 87, 0 عند

مستوى دلاله 0,05 وكان معامل ثبات تطبيق الأخصائي 0,89 عند مستوى دلاله 0,05، أما معامل ثبات تطبيق الأم 0,82 عند مستوى دلاله 0,05 ، وهذا يشير إلى التقارب بين معامل ثبات كل من الباحثة والأخصائى والأم مما يعنى أن المقياس يتمتع بنسبة عالية من الثبات.

صدق المقياس:

اعتمدت الباحثة في سبيل التحقق من صدق المقياس على عدة طرق مختلفة من خلال الصدق الظاهري وصدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي.

(أ) الصدق الظاهري:

بعد نزع غلاف المقياس تم عرضه على خمسة من المحكمين وقد أقروا أن المقياس يقيس اضطراب الانتباه بنسبة اتفاق بلغت 90 %

(ب) صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس على عشرة من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والطفولة والفئات الخاصة وذلك لإبداء الرأي حول مدى ملائمة العبارات لقياس اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين وقد أشار المحكمون إلى بعض الملاحظات والمقترحات وهى تعديل صياغة بعض العبارات، إضافة مفردات أخرى مناسبة، حذف بعض العبارات، ولقد تم استيفاء هذه الملاحظات وتم الإبقاء على العبارات التي حازت على 90 % من نسبة أتفاق المحكمين.

(ج) صدق الاتساق الداخلي:

وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوح صدق الاتساق الداخلي للمقياس من 0,57 إلى 0,86.

6 - برنامج تنمية الانتباه (إعداد الباحثة)

نظراً لما يعانى منه الأطفال الذاتويين من اضطراب الانتباه فقد قامت الباحثة بإعداد برنامج لتنمية الانتباه مما قد يساهم في اكتساب الأطفال الذاتويين بعض المهارات الاجتماعية وهما مهارة التفاعل الاجتماعي، ومهارة اللعب. ويقوم البرنامج الحالي على مبادىء النظرية السلوكية بوجه عام والاشتراط الإجرائي بوجه خاص حيث ترى هذه النظرية أن الطفل يولد مزودا بإمكانات محدودة وطاقات كامنة، ثم تلعب البيئة دوراً كبيراً في تفجير هذه الطاقات، وتثقل هذه الإمكانات لدى الطفل عن طريق توفير المثيرات القوية التي تزوده بالمعلومات وتكسبه الخبرات والمهارات وطبقا لهذه النظرية فان الطفل ينمو وتتكون شخصيته بفعل عوامل البيئة ولهذا فلابد من إعداد البيئة التي ينمو فيها الطفل الذاتوي إعداد خاصا بالتدخل المقصود والمخطط والموجه بطريقة منظمة، وهنا يكون دور المدرب والمؤسسة التي ينتمي إليها الطفل هو التدخل المبكر والمباشر عن طريق البرامج التدريبية لتعويض الطفل عن القصور الذي يعانى منه، حيث أن التدريب يساعد على تنمية المهارات والقدرات المختلفة لدى الطفل الذاتوي.

تعريف البرنامج :

هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة المتنوعة التي تهدف إلى تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين مما يؤدى إلى اكتساب هؤلاء الأطفال بعض المهارات الاجتماعية.

أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج الحالي في كونه يعالج مشكلة غاية في الأهمية وهى اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، والذي يعتبر أحد الأسباب الكامنة وراء عدم استفادة هؤلاء الأطفال من كل برامج التعلم والبرامج العلاجية المقدمة لهم مما أدى إلى وجود قصور في المهارات الاجتماعية ومنها مهارة التفاعل

الاجتماعي ومهارة اللعب، وبالتالي فإن هذا البرنامج يعتبر نموذجا عمليا يمكن عن طريقه تعديل هذا السلوك لدى هؤلاء الأطفال بعد تدريبهم على البرنامج.

وعند تصميم البرنامج كانت هناك مجموعة من التساؤلات ينبغي الإجابة عليها وهي:

- لمن؟ يقدم هذا البرنامج للأطفال الذاتويين الملتحقين بمركز ذوى الاحتياجات الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس. الذين تتراوح أعمارهم ما بين 4 : 6 سنوات، ودرجة الذاتوية لديهم متوسطة.
- لماذا؟ محاولة لتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين والتعرف على أثر تنميته على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لديهم.
- ماذا؟ يقدم هذا البرنامج مجموعة من الأنشطة المتنوعة الموجهة للأطفال الذاتويين وذلك من خلال (5) مجالات هي:

1. مجال التواصل البصري: يتضمن (3) أنشطة يهدف إلى تقليل التشتت وزيادة القدرة على تبادل النظرات مع الآخرين و زيادة التفاعل مع الآخرين و تحسين نظرة العين، تنمية الانتباه السمعي، فهم الأوامر اللفظية.
2. مجال التتابع البصري: يحتوى على (12) نشاط يهدف إلى زيادة القدرة على المتابعة البصرية للمثيرات المتحركة والمثيرات الضوئية، تنمية الانتباه الانتقائي، تنمية القدرة على الاختيار، زيادة القدرة على نقل الانتباه من مثير إلى آخر، تحسين الانتباه والذاكرة البصرية، زيادة القدرة على التركيز، زيادة القدرة على التآزر البصري الحركي، تنمية الانتباه للمثيرات مختلفة الأحجام.
3. مجال مهارات التقليد: ويشتمل على (10) أنشطة للتقليد بأعضاء الجسم (12) نشاط للتقليد بالأدوات يهدف إلى تنمية القدرة على تقليد الآخرين، تقليل التشتت وزيادة القدرة على التركيز، زيادة القدرة على تبادل النظرات مع

الآخرين، تنمية الانتباه إلى تسلسل المثيرات، زيادة الانتباه إلى الأشكال والألوان المختلفة، زيادة القدرة على نقل الانتباه من مثير إلى آخر.

4. مجال المهارات الإدراكية: ويتكون من (16) نشاط يهدف إلى زيادة القدرة على التآزر البصري الحركي، الاستمرار في أداء المهمة حتى نهايتها، تنمية القدرة على تسلسل المثيرات، تنمية القدرة على المضاهاة، زيادة القدرة على التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام المختلفة، زيادة القدرة على الفرز والتصنيف، تنمية الانتباه الانتقائي، زيادة التركيز والانتباه، إدراك العلاقة بين الشكل وظله، تنمية القدرة على التمييز البصري.

5. مجال المهارات الحركية: يحتوى على (10) انشطة ويهدف إلى زيادة القدرة على التوازن، تنمية مهارة الأصابع وتقوية اليد، تنمية القدرة على التنشين نحو هدف محدد، تنمية القدرة على إدراك مفهوم المختلف، زيادة القدرة على التقاط الأشياء، تحسين الانتباه إلى الأشياء الدقيقة، زيادة التآزر بين العين واليد، تحسين القدرة على التطابق والرؤية البحثية.

كيف ؟ يطبق البرنامج على الأطفال أثناء اليوم بحيث يشتمل كل مجال من المجالات المتضمنة في البرنامج على مجموعة من الأنشطة والأهداف السلوكية المتنوعة.

متى؟ يتم خلال ستة أشهر، بواقع ثلاثة أيام في الأسبوع من الساعة التاسعة صباحاً إلى الساعة الثانية ظهراً مقسمة على أفراد العينة، حيث تقوم الباحثة بتدريب الأطفال على أنشطة البرنامج بمعدل نصف ساعة لكل طفل.

وهكذا يكون الهدف العام للبرنامج إيجاد وسيلة مبسطه تساعد الأطفال الذاتويين على تنمية الانتباه والذي يتحقق من خلال مجموعة من الأهداف السلوكية التي تتضمن المجالات الآتية.

أولا: مجال التواصل البصري:

1. أن يحافظ الطفل على التواصل البصري لمدة 3 ثواني.
2. أن ينظر الطفل إلى الباحثة ويستجيب للأمر: بص لي.
3. أن ينظر الطفل لمن يناديه عند سماع اسمه.

ثانيا: مجال التتابع البصري:

1. أن يتابع الطفل فقاقيع الصابون في الاتجاهات فوق وتحت ويمين وشمال.
2. أن ينظر الطفل إلى البليه وهى تدور ثم يمسكها عندما تطلب منه الباحثة ذلك.
3. أن يتابع الطفل ضوء بطارية (ليزر).
4. أن يتابع الطفل جسم متحرك بسرعات مختلفة.
5. أن يختار الطفل المعزز المرغوب من بين معززين.
6. أن يستطيع الطفل الحصول على المكافأة من تحت الكوب.
7. أن يستطيع الطفل ملاحظة يد شخص عند وضع المعزز في الطبق.
8. أن يستطيع الطفل العثور على الشيء المخبأ تحت كوب من بين كوبان.
9. أن يفرغ الطفل حبوب من كوب لآخر بالتبادل باستخدام اليدين.
10. أن يستطيع الطفل وضع المكعبات داخل صندوق.
11. أن يستطيع الطفل وضع كل غطاء على الزجاجة التي تخصه.

ثالثا: مجال مهارات التقليد:

1. أن يستطيع الطفل تقليد الباحثة في الحركات التي تقوم بها (20) حركة.
2. أن يقلد الطفل نمط تتابع مكون من ثلاثة أدوات.
3. أن يقلد الطفل نمط تتابع بالمكعبات مكون من ثلاثة ألوان (أصفر – أخضر– أحمر).

رابعا: مجال المهارات الادراكية:

1. أن يطابق الطفل بين الأدوات المتماثلة في عرض مكون من أربع أدوات.
2. أن يطابق الطفل الصور المتماثلة.
3. أن يحضر الصورة المشابهة للصورة التي ترفعها الباحثة.
4. أن يطابق الطفل الأدوات مع صورها.
5. أن يطابق الطفل الشكل مع ظله.
6. أن يضاهى الطفل مكعبات ملونة مع مربعات ملونة من الورق.
7. أن يضاهى الطفل الشكل الهندسي مع صورته مثلث – مربع- دائرة– مستطيل.
8. أن يضاهى الطفل الحجم والشكل بالمشابه له.
9. أن يضاهى الطفل الشكل الهندسي مع صورته
10. أن يستطيع الطفل مضاهاة أشياء مألوفة.
11. أن يحضر الطفل الأداة المماثلة للأداة التي ترفعها الباحثة.
12. أن يحضر الطفل الأداتين المماثلتين للأداتين التي ترفعهما الباحثة.
13. أن يستطيع الطفل تصنيف ثلاثة أدوات.
14. أن يستطيع الطفل تصنيف أدوات حسب الحجم.
15. أن يستطيع الطفل تصنيف ثلاثة ألوان.
16. أن يميز الطفل الشيء المختلف من بين مجموعة أشياء.

خامسا: مجال المهارات الحركية:

1. أن يلتقط الطفل كور من على الأرض ويضعها داخل سله.
2. أن يقذ ف الطفل كره داخل سله.
3. أن يصوب الطفل كره على زجاجات البولينج.
4. أن يستطيع الطفل وضع خلة الأسنان في علبة مثقوبة.

5. أن يضع الطفل المسمار البلاستيك في الثقب.
6. أن يضع الطفل مشابك في طرف الطبق على شكل دائرة.
7. أن يستطيع الطفل نقل حبوب من طبق إلى زجاجة.
8. أن يستطيع الطفل نقل حبوب بالملعقة من طبق لآخر.
9. أن يدخل الطفل الأشكال الهندسية في أماكنها المناسبة من علبة الأشكال.
10. أن يستطيع الطفل لضم الخرز.

وهى: الاعتبارات يجب الأخذ بها عند تطبيق البرنامج وهناك مجموعة من

- مصافحة الطفل قبل بداية التدريب والابتسام في وجهه لخلق نوع من الألفة وعدم التوتر من الباحثة.
- عد من 10:1 على يدي الطفل عند بداية النشاط ليفهم إننا سوف نبدأ النشاط مع قول يلا نلعب والقيام بذلك عند الانتهاء من النشاط مع قول خلاص لعب.
- إتباع أسلوب التعليم الفردي في تدريب الطفل الذاتوي لمناسبته لخصائص الطفل.
- أسلوب التعليم يكون بالتقليد والتكرار والإعادة.
- إن ما يطلب من الأطفال يكون من خلال كلمات مبسطة وواضحة وبطيئة تتيح لهم استيعاب ما يقال.
- التأكد من استماع الطفل لما يقال وإعطائه الفرصة الكافية للاستجابة.
- الاهتمام بالتركيز البصري للطفل أثناء التدريب.
- مراعاة الحالة الانفعالية والمزاجية للطفل أثناء التدريب.
- التنوع في الأنشطة أثناء جلسة التدريب حتى لا يتسرب الملل إلى الطفل.
- تنوع الأدوات التي تقدم للطفل لتمثل عنصر التشويق.
- الحفاظ على فاعلية المدعم عن طريق التنوع في المدعمات المستخدمة وتقليل كمية المدعم حتى لا يفقد قيمته.

- التنظيم والترتيب لأي نشاط قبل بدءه من توافر الأدوات واستعداد الطفل للقيام بالنشاط.
- تدريب الطفل على جمع الأدوات بعد الانتهاء من النشاط.
- مراعاة الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال والسير حسب مستوى الطفل.
- مراعاة عدم تعرض الطفل لخبرات الفشل أثناء التدريب بتقديم المساعدات للطفل.
- استخدام التدعيم المستمر في بداية التدريب على المهارات ثم بعد ذلك ننتقل تدريجيا إلى التدعيم المتقطع عندما يتقدم الطفل في التدريب.
- تجاهل السلوك غير المرغوب فيه والتدعيم الإيجابي لكل استجابة مرغوب فيها.
- بعد الانتهاء من الجلسة تلوح الباحثة باى باى للطفل لزيادة التفاعل معه.
- الأساليب والفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

يعد مجال تنمية الانتباه من أكثر المجالات استخداما لفنيات العلاج السلوكي، ومن أهم الفنيات التي اعتمدت عليها الباحثة في البرنامج الحالي ما يلي:

1- التدعيم: Reinforcement

عبارة عن مكافأة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل، ولكي يتحقق هدف التدعيم ينبغي أن يقدم المدعم بعد عمل الطفل مباشرة حتى يفهم العلاقة بين استجابتة الجيدة ومكافأة المدرب له ثم بالتدريج يتم تأخير إعطاء المدعم وسحبه تدريجيا كلما أصبح الطفل أكثر استقلالية وأفضل في الاستجابة.

المهمة الأولى في تعديل سلوك الأطفال الذاتويين، تتمثل في تحديد نوع المثيرات البيئية والمدعمات التي تساعد على التحكم في السلوك، فإذا كان الطفل الذاتوى يفضل الطعام، يقدم له الشخص الذي يقوم بالتدريب الطعام مقترنا

بابتسامه، فاستجابة المدرب يمكن أن تستخدم كمدعم. وكذلك يمكن من خلال الملاحظة التعرف على الألعاب والأطعمة والمشروبات التي يفضلها الطفل الذاتوى وتتفق مع خصائصه، ومن ثم يتم استغلالها لتعديل سلوكه من خلال مبدأ التدعيم(فضيلة الراوي وأمال حماد، 1999: 96).

وينقسم التدعيم إلى نوعين:

أ - التدعيم الايجابي: Positive Reinforcement

هو ذلك التدعيم الذي يؤدى إلى زيادة حدوث مثير معين مع مدعم موجب. فإن هذا المثير يميل إلى اكتساب خاصية تدعيم السلوك في هذه الحالة يطلق على المثير المدعم الموجب(عصام نور، 2004: 95).

ب - التدعيم السلبي: Negative Reinforcement

تعتبر المدعمات السالبة بمثابة مثيرات منفره يعمل الفرد على تجنبها ولذلك فان الاستجابة تدعم إما بتقديم مدعم موجب أو بإزاحة مدعم سالب من الموقف. مما ينشأ عنه تقوية الاستجابة المطلوبة واحتمال ظهورها في المرات التالية. فنحن نتذكر أن المدعم السالب هو مثير منفر يتم سحبه من الموقف عندما يسلك الطفل بالشكل المطلوب. (انس محمد، 1999 : 94، 95)

ج - الاستحسان الاجتماعي: Social Approval

يشتمل هذا الأسلوب على الابتسامة، والإيماء بالرأس، والاتصال البصري، واستخدام الألفاظ الدالة على الاستحسان أو الحركات كالتصفيق، والشكر، والموافقة والامتداح، وكذلك اللمسات الدالة على الرضا مثل الربت على الكتف، والمصافحة كتعبير عن التقدير. وهذا الأسلوب له فاعلية كبيرة في تكرار السلوك. فالطفل الذاتوى يتم تدعيم الاستجابة السليمة لديه من خلال عبارات الثناء مثل هذا جيد، أحسنت، ممتاز، وللتغلب على شرود انتباهه يستخدم القائم

بالتدريب الإرشاد الجسدي لكي يبدأ الطفل في أداء المهارة، أو إهمال وعدم توجيه الانتباه إليه إذا قام بسلوك غير سوى (فضيلة الراوي، وامال حماد، 1999: 103) .

2- التشكيل: Shaping

يستخدم التشكيل عندما نريد أن نعلم الطفل سلوكاً مركباً، وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذي نريد تعليمة للطفل إلى خطوات صغيره، وتعزيز إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائي.

3- التسلسل: Chaining

هو تحليل العمل المركب المراد تعلمه إلى مكوناته الفرعية، ووضع هذه المكونات في تسلسل متتابع بحيث يؤدى تعلم هذه المكونات وفقا لهذا التتابع إلى تعلم العمل المركب. ويوجد نوعان من التسلسل: التسلسل التقدمي أو الأمامي ويتضمن تعليم الخطوة الأولى في السلسلة ثم يتم ربط هذا السلوك بالسلوك الذي يليه وهكذا، أما التسلسل العكسي (الخلفي أو الرجعى) فيتضمن تعلم آخر سلوك في السلسلة أولا وبعد إتقانه يتم تعليم السلوك الذي يسبقه.....وهكذا (عبد العزيز الشخص، 2004: 65) .

4- النمذجة: Modeling

تعتبر النمذجة جزءاً أساسياً من برامج تعديل السلوك، وتمثل إحدى الفنيات الهامة التي تستخدم في العلاج السلوكي والتي تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعي، حيث يحدث تغيير الأداء نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص آخر. وهى تستند إلى افتراض أن الإنسان قادراً على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج كما يطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج(وليام كرين، 1996: 223).

وبالنسبة للأطفال الذاتويين يتم تدريبهم على محاكاة أو تقليد القائم بعملية التدريب وذلك من خلال القيام بنفس الأعمال أو أداء نفس الحركات التي يقوم بها أمامهم (عبد الرحمن سيد، 2000: 97) .

5- الحث: Promping

يعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة بما يقلل من خطأ الطفل للقيام بالاستجابة الصحيحة، ثم تدعيمه بحيث يصبح الطفل أكثر عزما على محاولة أداء الاستجابة بنفسه.

ويتضمن الحث:

1- المساعدة البدنية.
2- المساعدة بتقريب وضع الأشياء.
3- المساعدة بالإشارة والإيماءات.
4 – الحث اللفظي.
5 – الحث بالتقليد.

وتدريجيا يتم سحب هذه المساعدات ويستطيع الطفل أداء ما يطلب منه بدون مساعده، وفي النهاية نؤكد أن عملية التعليم والتدريب للطفل الذاتوي تحتاج إلى الصبر والمثابرة والجهد والتكرار حتى يصل الطفل إلى مرحلة الاستقلالية في الأداء.

تقيم البرنامج

يتضمن البرنامج الحالي ثلاث مراحل للتقييم:

- التقييم القبلي: ويتم قبل تطبيق البرنامج، وذلك بتطبيق مقياس اضطراب الانتباه – مقياس تقدير المهارات الاجتماعية على الأطفال الذاتويين.
- التقييم أثناء التدريب: حيث يتم التدريب على كل نشاط وفق خطوات إجرائية بسيطة، وفي هذا فرصه لكي يتحرك كل طفل وفق سرعته مما يساعد الباحثة على متابعة مدى تقدم الطفل.

- التقييم البعدى: وهو التقييم النهائي، ويتم بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بإعادة تطبيق مقياس اضطراب الانتباه ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية على الأطفال الذاتويين.

الخطوات الإجرائية التي يسير البرنامج وفقا لها:

- تحديد المهارة المستهدفة
- تحديد الهدف من المهارة
- تحليل المهارة إلى خطوات إجرائية بسيطة

مدة وتوقيت البرنامج

مدة تطبيق البرنامج ستة اشهر الفترة من 1/ 7/ 2011 حتى 30/ 12/ 2011 بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا لكل طفل، حيث يكون مجموع الجلسات لكل طفل 72 جلسة.

بناء وحدات البرنامج

اعتمدت الباحثة في بناء وحدات البرنامج على مجموعة من المصادر العلمية العربية والأجنبية المترجمة وهى كالتالي:

1- Smith T. & Lovaas O. (1998). Position statement early intervention for children with autism. www.autism-society.org

2-Schopler E, Lansing M & Waters L. (1983). Teaching Activities for Autistic Children: Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children, vol 3. Austin, Texas, Pro.ed International Publisher.

3- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج) وزارة التربية والتعليم، مصر 2006- 2007

4- هيلن بيلنجس (1998) تدريبات الحياة اليومية في منهج منتسورى (ترجمة إجلال شنودة) كاريتاس – مصر، القاهرة. مركز سيتي.

5- محمد إبراهيم (2003). الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات. القاهرة: دار الفكر العربي.

6- هدى قناوى (1995) الطفل والعاب الروضة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

7- انشطة من مجال الخبرة العملية مع هؤلاء الأطفال والكورسات في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة.

الجدول رقم (4) يوضح الوقت الزمني للبرنامج

المجالات	فترة التدريب	عدد الجلسات	زمن الجلسة	أسلوب التدريب
إقامة علاقة طيبة	اسبوع	3 جلسات	20 دقيقة	فردى
مجال التواصل البصري 3 انشطة	اسبوعان	6 جلسات	30 دقيقة	فردى
مجال التتابع البصري 12 نشاط	ثلاثة اسابيع	9 جلسة	30 دقيقة	فردى
مجال مهارات التقليد20 حركة + نشاطين	6 اسابيع	18 جلسة	30 دقيقة	فردى
مجال المهارات الادراكية إدراك المتشابهات12 نشاط إدراك الاختلافات 4 انشطة	6 اسابيع	18 جلسة	30 دقيقة	فردى
مجال المهارات الحركية 10 انشطة	6 اسابيع	18 جلسة	30 دقيقة	فردى

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) لحساب الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدى وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي Stat الإصدار 11

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد:

تقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض نتائج الدراسة ومناقشتها، بادئه بالمعالجات الإحصائية المتبعة للتوصل إلى نتائج الدراسة، ثم مناقشة تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها، وبعد ذلك عرض بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

أولا: نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه " توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدى لصالح القياس البعدى لأفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب الانتباه".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائي بارامترى وذلك لتوضيح دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدى على مقياس اضطراب الانتباه.

الجدول رقم (5) يوضح الفروق بين متوسط درجات عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدى على مقياس اضطراب الانتباه.

م	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت (للعينات المترابطة)	مستوى الدلالة
1-	10	42.8000	4.848826	10.64641	دالة إحصائيا
2-	10	25.4000	1.646545		

يتبين من الجدول رقم (4) أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى 0.001 بين القياس القبلي والبعدى لأفراد عينة الدراسة لصالح القياس البعدى مما يشير لفاعلية البرنامج السلوكي في خفض حدة اضطراب الانتباه.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على أنه " توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدى لصالح القياس البعدى لأفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائي بارامترى وذلك لتوضيح دلالة الفروق بين أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدى على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية.

الجدول رقم (6) يوضح الفروق بين متوسط درجات عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدى على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية.

م	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت (للعينات المترابطة)	مستوى الدلالة
1-	10	111.39000	8.736259	15.2270 -	دالة إحصائيا
2-	10	160.2000	6.285786		

يتبين من الجدول رقم (5) أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى 0.001 بين القياس القبلي والبعدى لأفراد عينة الدراسة لصالح القياس البعدى وهذا راجع لفاعلية البرنامج السلوكي في إكساب أفراد العينة بعض المهارات الاجتماعية.

مناقشة وتفسير النتائج:

يعتبر اضطراب الانتباه من أهم الخصائص التي يتسم بها الأطفال الذاتويين وقد اعتبر هذا الاضطراب من الأعراض الجوهرية لاضطراب الذاتوية ويظهر هذا

حينما يفشل الطفل الذاتوى في الانتباه والتركيز ولو لفترة قصيرة فهو مشتت لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إلى من يتحدث إليه كما يعانى من قصور في نقل الانتباه من مثير إلى آخر وكذلك من انتقاء مثير من بين عدة مثيرات ونجده لا ينتبه للآخرين من حوله. وهذا يتفق مع دراسة [Ciesielski et al, 1990; carthur & Adamson, 1996; Mc Garretson et al,1990 Casey et al, 1993; Chawarska et al, 2003 Swettenham et al, 1998;] ويشير التراث البحثي إلى أهمية تحسين الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، فتركيز الانتباه هو أهم مهارة من مهارات الاستعداد للتعلم على الإطلاق والتي يجب على الطفل أن يتعلمها قبل أي مهارة أخرى، فلكي يبدأ الطفل فعليا في التعلم، فانه يجب أن ينتبه أولا للشيء الذي سيتعلمه ولا يلتفت لأي شيء آخر (بروس باكر، وآلان برايتمان، 2007: 113).

وقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية فاعلية وتأثير البرنامج المستخدم في تنمية الانتباه واكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة الدراسة من الأطفال الذاتويين، ويمكن توضيح ذلك من خلال ما يلي:

نتائج الفرض الأول:

تشير نتائج الفرض الأول إلى وجود فروق ذات داله إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدى لصالح القياس البعدى لأفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب الانتباه".

وهذا يعنى أن أفراد العينة أصبح انتباههم أفضل مما كان عليه الوضع قبل تطبيق البرنامج، مما يوضح أن البرنامج كان فعالاً في زيادة وتنمية الانتباه لدى أفراد عينة الدراسة. وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من:

[Campbell et al, 1993; Woodbury, 1996; عبد المنان ملا معمور 1997؛ 2001 Yamamoto Reitman,2005 ;Whalen & Schreibman, 2003 ;Whalen et al, 2006؛ أزهار

امين 2001، نيرمين بنت عبد الرحمن؛ 2006، محمد يوسف، 2009] حيث أكدت الدراسات السابقة أن تعرض الأطفال الذاتويين لبرنامج يعتمد على الفنيات السلوكية مثل مبدأ التعزيز، ومبدأ التكرار، مبدأ التشكيل، والنمذجة وغيرها يساعد الأطفال الذاتويين على زيادة الانتباه.وهنا يشير سكنر إلى أن أداء الطفل للسلوك المرغوب وتكراره هذا السلوك، يتوقف على نوع التدعيم الذي يتلقاه، فإذا كوفئ على سلوكه فسوف يكرره، وإذا تم تجاهله أو عقابه عليه فسوف يقل تكراره أو يتوقف عنه تماما. كما يتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة الشيقة والجذابة والتي ساعدت أيضا على زيادة الانتباه لدى أفراد العينة.

حيث قامت الباحثة عند تنفيذ البرنامج باستخدام أدوات جذابة ومتباينة أثناء عملها مع الأطفال. ويؤكد ذلك ما يشير إليه (أنور الشرقاوى، 1992: 109) أنه كلما كان المثير قويا (شيقاً) زاد احتمال جذبه للانتباه، وكذلك فأن تغيير المثير وتباينه بالنسبة للمثيرات الأخرى المحيطة به تؤثر في الانتباه، فكلما زاد التباين بين المثيرات ازدادت درجة جذبها للانتباه.

وبالإضافة إلى ما سبق يمكن تفسير هذه النتائج بأن البرنامج السلوكي المستخدم في الدراسة تضمن مجموعة من المهارات والأنشطة المتنوعة والتي ساعدت على تنمية الانتباه لدى أفراد عينة الدراسة، حيث اشتمل البرنامج على مجموعة من الأنشطة لزيادة التواصل البصري، ومهارات التقليد، والمهارات اليدوية والحركية. وبذلك تعد تنمية الانتباه هي المفتاح الذي يفتح للطفل باب الانخراط في علاقات اجتماعية فعالة في المنزل والمدرسة والمجتمع بصفة عامة، وهى التي تسمح للطفل الذاتوي أن يرى العالم رؤية صحيحة، بعد أن كان لا يلتفت للآخرين ولا يتفاعل معهم. فتأتى تنمية الانتباه لكي تساعد الطفل على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية ومنها مهارة التفاعل الاجتماعي ومهارة اللعب وغيرهما من المهارات الاجتماعية.

ويرى (Mcevoy et al, 1993) أن الأطفال الذاتويين يعانون من انخفاض تواصل الانتباه، فهم لا يتواصلون بصريا مع الآخرين، لأن ذلك يفتح الطريق لديهم أمام التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بالإضافة إلى وجود قصور في مهارات التواصل وسلوكيات التفاعل الاجتماعي. ويضيف ليكام وآخرون (Leekam et al, 1997) أن الأطفال الذاتويين يعانون من نقص كبير في القدرة على متابعة الآخرين والحملقة فيهم، كما يعانون من قصور التواصل البصري واللفظي فهم لا يبادرون الآخرين بالتحية كما لا يستخدمون الإيماءات عند التفاعل مع الآخرين. ويرى (Sigman, 1998) أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في اللعب التمثلي والاستجابة لانفعالات الآخرين، وعدم الرغبة في إقامة علاقات أو صداقات مع الآخرين، كما يتجنبون المواقف الاجتماعية والعلاقات التي تجمعهم بالآخرين، ويرفضون التفاعل مع الآخرين أثناء أداء المهام أو اللعب، وعلى هذا فهم يعانون من قصور في الاستجابات الاجتماعية. وهنا نجد فاعلية البرنامج الحالي في تنمية الانتباه والذي ساعد على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية.

نتائج الفرض الثاني:

تشير نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدى لصالح القياس البعدى لأفراد عينة الدراسة على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية".

وهذا يعنى أن أفراد العينة أصبحت المهارات الاجتماعية لديهم أفضل مما كان عليه الوضع قبل تطبيق البرنامج، مما يوضح أن البرنامج كان له أثر فعال في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لدى أفراد العينة. وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من:

Pierce & Schreibman, 1995; Gonzalez & Kamps, 1997; kogel & William, 1993]
Carolyn et al, 2004; Whalen Whalen, 2001; Lynn, 1996; Woodbury, 1996; Ball, 1996

et al, 2006 ؛ عبد المنان ملا معمور 1997؛ عادل عبد الله محمد 2002؛ محمد الحسيني 2008؛ أميرة عمر2009] حيث أكدت الدراسات السابقة أن تعرض الأطفال الذاتويين لبرامج تدريبية تساعدهم على تنمية الانتباه يحسن لديهم التواصل البصري مع الآخرين وتبادل النظرات والتفاعل الاجتماعي وزيادة القدرة على اللعب والتقليد وتحسن اللغة واكتساب العديد من المهارات الاجتماعية. ويؤكد كلاً من (السيد على وفائقة محمد، 1999: 15) أن الانتباه يلعب دوراً هاماً في اكتساب المهارات كما يحقق للطفل التكيف مع البيئة المحيطة به. وهنا نجد أن أفراد العينة قد أصبحوا يصافحون الآخرين، ويتواصلون بصريا معهم، ويحاولون جذب انتباه الآخرين، ويقلدون الراشدين وكذلك أقرانهم، ويحاولون مشاركة الآخرين فيما يقومون به من مهام، ويلوحون للآخرين عند مغادرة المكان، ويقومون باللعب مع الراشدين وكذلك مع أقرانهم. وأحيانا ما يبادرون باللعب مع الآخرين عندما تكون لديهم رغبة في ذلك. وتؤكد نتائج الدراسات أنه بتقوية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ينتج عنه تغيرات إيجابية في مختلف المهارات الاجتماعية لديهم. (علا عبدالباقى، 2011: 72) ومن هنا فإن برنامج تنمية الانتباه لم يكن فعالاً فقط في تنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين، بل ساعد أيضا على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لديهم.

وتفسر الباحثة نجاح البرنامج في تنمية الانتباه وارتقاء بعض المهارات الاجتماعية وهما مهارة التفاعل الاجتماعي ومهارة اللعب لدى الأطفال الذاتويين فيما يلي:

أولا: طبيعة الفنيات السلوكية المستخدمة، حيث اعتمدت الباحثة على عدد من الفنيات السلوكية تضمنت:

أ- المعززات: فاستخدام المعززات المختلفة ساهم بدور كبير في اكتساب الأطفال الذاتويين مهارة الانتباه وبعض المهارات الاجتماعية، لهذا ترى (وفاء الشامي، 2004: 217) أنه إن لم نستطع إيجاد المعززات المناسبة للأطفال الذاتويين، فلن تكون الإجراءات التعليمية التي سنطبقها مجدية إلى حد كبير. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من (Chawarska et al, 2003; Gonzalez & Kamps, 1997) والتي أشارت إلى أن استخدام التعزيز الايجابي (سواء أكان ماديا أو معنويا) كان فعالاً في زيادة مستوى التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين وكذلك ترتبط حركة عين الطفل بالمثير فإذا كان ذا أهمية كبيرة بالنسبة له انتبه إليه.

ب- الحث: فالأطفال الذاتويين يحتاجون إلى المساعدة في تعلم السلوكيات والمهارات الجديدة.

ج- النمذجة: كذلك فإن استخدام النمذجة تعد من العوامل الأساسية التي أسهمت في الحصول على تلك النتائج، حيث أن النمذجة طريقة ناجحة جداً مع الأطفال الذاتويين حيث تزيد من سرعة التعلم والتفاعل مع الآخرين.

ثانيا: اشتراك الوالدين في تدريب الأطفال الذاتويين حيث طلبت الباحثة من الوالدين تكرار الأنشطة التي يتم تدريب الأطفال عليها في المنزل، حيث أنهم في وضع يجعلهم أكثر قدرة على مساعدة أطفالهم وحل مشكلاتهم في البيئة الطبيعية، مع التأكيد على تعزيز سلوكياتهم التي تم تعلمها. كما يؤكد هذه النتيجة ما أشار إليه (فاروق محمد، 1998: 15) حيث يرى انه كلما اندمجت الأسرة والطفل في برنامج يهدف إلى علاج مشكلة معينة لدى الطفل وتفهمته جيدا كانت فعاليات البرنامج أكثر نجاحا وأبعد أثرا في حياة الطفل. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من [Gerald & Perales, 2003 ،Whalen & Schreibman, 2003] حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن استخدام الآباء للفنيات السلوكية مع

اطفالهم يساعد الأطفال على تواصل الانتباه خارج مكان التدريب وكذلك يزيد من التفاعل الاجتماعي لديهم. كما أشارت إلى أن أسلوب تعامل الآباء مع اطفالهم والقائم على الدفء والعطف والطمأنينة والتشجيع وعدم السخرية من الطفل يزيد من ثقة الطفل بنفسه، وبالتالي يؤدى به إلى إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين على نحو يساعده على اكتساب العديد من المهارات.

فالعلاقة الوجدانية الايجابية مع الطفل تنمى لديه الانتباه الذي بدوره ينمى كثير من المهارات.كما أرشدت الباحثة الوالدين إلى عدم التعامل مع الطفل بقسوة أو إهمال فأساليب المعاملة الخاطئة تخلق شخصية عدوانية سيئة التوافق لديها عدم الطمأنينة، تعانى من صعوبات التوافق مع المجتمع الخارجي، فالمعاملة السيئة يفسرها الطفل بأنه غير مقبول من أفراد أسرته. فكانت استجابة الوالدين لمعاملة الطفل بشكل صحيح من العوامل التي ساعدت على فاعلية البرنامج حيث كان الطفل يجلس هادئاً مقبلاً على الأنشطة متفاعل مع الباحثة.

- مما أدى إلى نجاح وفاعلية البرنامج انتظام الأطفال في حضور كل الجلسات وعدم غيابهم عن الجلسات إلا في حالة الضرورة القصوى مثل المرض أو الظروف الطارئة.

- ملاحظة الوالدين للمشكلات السلوكية التي تصدر عن الطفل حيث كانت الباحثة تقوم بإرشادهم إلى كيفية التعامل الصحيح مع المشكلة مما يساعدهم على حلها، وتكرار أنشطة البرنامج في المنزل من قبل الوالدين كان سبباً في فاعلية البرنامج.

- العلاقة الطيبة بين الباحثة والوالدين جعلت هناك تعاون متبادل للوصول بالطفل إلى أفضل ما يمكن.

- بث روح الأمل لدى الوالدين من خلال حديث الباحثة بأن طفلهم سوف يتحسن مما أدى إلى اهتمام الوالدين بطفلهم وترك اليأس والاكتئاب والاقتناع بأن أطفالهم يمتلكون قدرات هائلة يحتاجون إلى من يخرجها إلى النور.

- اقامة علاقة طيبة مع الأطفال تتميز بالدفء والود والطمأنينة والتفاعل الايجابي والتي كانت من أولى الجلسات مع الأطفال وبث روح الثقة فيهم كان لها أكبر الأثر في نجاح وفاعلية البرنامج، وترجع الباحثة ذلك إلى أن الطفل الذاتوى مثله مثل الطفل العادي يدرك البيئة الخارجية من حوله عن طريق كل ما يجلب له الارتياح والطمأنينة فالطفل الذاتوى لا يختلف عن الطفل العادي في دوافعه وحاجاته ومشاعره، ولكنه يختلف في سلوكه وإدراكاته التي تحتاج منا إلى التعامل معها بشكل صحيح يحقق لهذا الطفل التوافق مع المجتمع.

- مراعاة الباحثة للوسائل والطرق والفنيات الملائمة لخصائص هذه الفئة من الأطفال عند التعامل معهم فالطفل الذاتوى قبل أن يكون مصابا بهذا الاضطراب هو طفل في الواقع، يحتاج ما يحتاجه الأطفال الآخرون ولكن باستخدام أساليب مختلفة.

- مراعاة الحالة النفسية والصحية والمزاجية للأطفال موضع الدراسة كان له أثر كذلك في فاعلية البرنامج. حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أن نجاح البرامج التدريبية لهذه الفئة من الأطفال يتوقف على الوسائل والطرق المتبعة في تدريبهم.

- تميز البرنامج بأنه فردى مما ساعد الأطفال على زيادة الانتباه بشكل أسرع وذلك لاختلاف رغبات وقدرات كل طفل عن الآخر، وكذلك اشتماله على ألعاب متنوعة حيث لا يوجد فرصة لشرود الذهن.

- التدريب عن طريق اللعب حيث ساعد اللعب الطفل الذاتوى على الخروج من عزلته وبالتالي أصبح الأطفال أكثر تفاعلاً مع الآخرين.

- التغلب على المشكلات السلوكية التي تصدر عن الأطفال عن طريق التعامل معها بطريقة صحيحة من خلال الباحثة والوالدين أدى إلى سهولة اكتساب الأطفال لأنشطة البرنامج.

وفيما يلى عرض مفصل لحالات الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج تدعيما لفاعلية البرنامج .

الحالة الأولى هو الطفل الأول، وحيد ليس لديه إخوة، يبلغ من العمر 4.4 سنوات، يحب العربات والكور والبسكويت والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق وأغاني الأطفال. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على 32.5 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 30 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر اليهم أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله كما تطور اللعب بشكل كبير حيث أصبح يلعب بالعربة والكرة بشكل سوى أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت حيث أصبح الطفل ينظر إلى الأشياء والأشخاص ولا يحتاج أن يذكره الآخرين بالنظر إليهم، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي، أما التواصل اللفظي وغير اللفظي فقد زادت الحصيلة اللغوية وفهم الإيماءات والتعامل بها إلى حد ما. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 44 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 24 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 100 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 162 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الأولى قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (7) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يتواصل بصريا مع الآخرين، حيث كان لا ينظر إلى من يتحدث معه لمدة 5 ثواني.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثواني.
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	اصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه بل والأكثر انه اصبح يبادر باللعب مع الآخرين عن طريق إحضار اللعب أو الضحك في وجوه الآخرين لكي يلعبوا معه.
كانت عيني الطفل مشتته وغير ثابتة.	أصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	أصبح ينتبه وينظر ويحضر إلى من ينادى عليه.
كان لا ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.	أصبح ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله، فقد ذكرت الأم أن الطفل أصبح ينتبه لصوت العربية والطائرة وينظر إليهم وكان لا يفعل ذلك من قبل.
يحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية مرات عديدة.	ينتبه ويستجيب من المرة الأولى أو الثانية على الأكثر.
يحتاج دائما إلى التذكرة بالنظر إلى ما يقوم به من مهام.	ينظر إلى ما يقوم به من مهام دون أن يذكره أحد.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.
لا يقلد الآخرين في الأفعال أو الكلمات.	أصبح يقلد الآخرين فيما يقومون به من افعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم. وكذلك تقليد الأطفال أثناء اللعب، مثل الجري والنط، ولعب الكرة. أما تقليد الكلمات فبدأ عندما كانت الباحثة تمسك البسكويت الذي يفضله الطفل فقالت له عايز وهى تهز رأسها وتقول آه حتى يقلدها الطفل، فهز رأسه وقال آه وبعدها نصحت الأم أن تفعل معه ذلك، وكانت تنمية

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	الانتباه سببا في أن يتكلم.
لا ينظر أو يهتم بما يفعله الآخرون من حوله.	ينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم.
يسحب يد الأم عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
كان لعبه هو رص الزجاجات والعربات بجانب بعض.	أصبح يحب اللعب بالكرة حيث كان يقذفها داخل سله ويصوبها على البولينج أثناء التدريب على البرنامج وبدأ يشوطها ويقذفها للآخرين. كما أصبح يلعب بالعربة بشكل افضل ويحركها يميناً ويساراً وكذلك يقوم بلضم الخرز لعمل عقد.
لا ينظر إلى نفسه في المرآه	ينظر إلى نفسه في المرآه.فأصبح أكثر وعياً وإدراكاً بجسمه.
كان اقل وعياً بالأشخاص والبيئة من حوله.	أصبح أكثر وعياً بالأشخاص من حوله. فقد ذكرت الأم انه أصبح يحتضن جده الذي يعامله برفق، ويلعب مع والده، والأطفال من اقاربه.
لا يضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
لايجلس على الكرسى 5 دقائق متواصلة .	اصبح يجلس على الكرسي 10 ثم 15 ثم 20 دقيقة حيث قامت الباحثة أولاً بالغناء له واللعب معه ثم جلوسه برفق على الكرسي وإحضار العربة المضيئة واللعب بها أمامه ثم إعطائها له ليلعب بها وهو جالس ثم إحضار الخرز الملون ووضعه داخل الزجاجة قبل أن يمل

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	الطفل من العربة ويترك الكرسي ثم الدخول تدريجيا إلى باقي الأنشطة والقيام بها وهو جالس حتى زادت فترة جلوسه إلى 5 دقائق ثم 10 دقائق. ويقوم ثم يجلس ويقوم بأداء الأنشطة لمدة 10 دقائق وتقوم الباحثة تدريجيا بزيادة فترة جلوسه إلى 20 دقيقة .
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدات الباحثة بالتدريب على عدة اوامر منها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.حيث ذكرت الأم انه بدا يجلس على الكرسي في الحضانة عندما يطلب منه ذلك .
يخربش من لا يستجيب لرغباته	قل تكرار ذلك السلوك، وقد نصحت الباحثة الأم أن تقص اظافرة باستمرار.
يتعلق بالأشياء بشكل غير سوى.	اختفي ذلك السلوك بشكل ملحوظ، حيث كان في بداية البرنامج ممسكا بعربة ولا يتركها مما يعيق قيامه بأداء انشطة البرنامج فبدأت الباحثة تلعب معه وتقول له هات ثم تعطيها له بسرعة ثم تقول له هات وتعطيها له وهكذا إلى أن أدرك الطفل انه سوف يأخذها مره أخرى، فبدأت الباحثة تستخدمها كمدعم له حيث يؤدى النشاط ويأخذها.

الحالة الثانية توأم مكون من ثلاثة أطفال الحالة وله أخ وأخت طبيعين وليس لديه إخوة آخرين، يبلغ من العمر 4, 5 سنوات، يحب الشبسى واللبان والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق والاحتضان. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على35,5 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 32 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ

يتفاعل معهم وينظر إليهم ويحب الهزار معهم أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله وخصوصا إخوته كما تطور اللعب بشكل سوى إلى حد مقبول أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر إلى الأشياء وإلى من يتحدث معه، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبح لا يحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديه فهم الإيماءات. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 50 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 25 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 113 من الدرجة الكلية 186 واصبحت بعد تطبيق البرنامج 165 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الثانية قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (8) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
يتجنب النظر في عين الآخرين، حيث كان لا ينظر إلى من يتحدث معه.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لعدة ثوانى وصلت إلى 15 ثانية.
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	اصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه بأن ينظر إليه ويستجيب للعب معه.
كانت عيني الطفل مشتته ونظرته غير ثابتة.	اصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا يلتفت إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	اصبح ينتبه وينظر ويحضر إلى من ينادى عليه.
كان لا ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.	اصبح ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله، ويميز بين صوت أمه وأخوته وابيه وهذا ما ذكرته الام
كان اقل انتباها للأوامر التي تصدر عن الآخرين.	اصبح اكثر انتباها فقد ذكرت الأم انه أصبح اكثر سرعة في تنفيذ الأوامر.
يجد صعوبة في إحضار شيء يعرفة من بين عدة اشياء ويحتاج دائما إلى التذكرة بالنظر إلى ما	يحضر ما يعرفة بدون صعوبة وينظر إلى ما يقوم به من مهام دون أن يذكره احد.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
يقوم به من مهام.	
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.
لا يقلد الآخرين.	اصبح يقلد الآخرين فيما يقومون به من أفعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم. وكذلك تقليد أخوته أثناء اللعب، مثل الجري والنط واللعب بالكرة.
لا ينظر أو يهتم بما يفعله الآخرون من حوله.	ينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم.
يسحب الأشياء ويبعثرها عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض.
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."بشكل غير مضبوط	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة ان الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
كان لعبه هو الرفرفة مع النط والجرى.	اصبح يحب اللعب بلعبة فقاقيع الصابون. كما اصبح يقوم بلضم الخرز لعمل عقد.
لا ينظر إلى نفسه في المرآه.	ينظر إلى نفسه في المرآه. فأصبح أكثر وعياً وإدراكاً بجسمه ويقلد الباحثة فيما تقوم به من حركات أمام المرآه.
كان اقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	اصبح أكثر وعيا بالأشخاص من حوله. فقد ذكرت الأم أنه اصبح ينظر إلى أخوته ويغير منهم ويحاول اللعب مثلهم.
لا يضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
يترك العمل المطلوب منه ويشغل نفسه بأشياء أخرى.	اصبح يهتم ويفعل ما يطلب منه.
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدأت الباحثة بالتدريب على عدة اوامر منها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.
كان يقوم بالرفرفة وقد كانت سببا في ضعف الحركات الدقيقة لديه وكانت سببا في تشتته.	قل تكرار ذلك السلوك، بسبب التدريب على المهارات العديدة المتعلقة باليدين التي يتضمنها البرنامج وقد نصحت الباحثة الأم ان تكرر الأنشطة في المنزل ولا تتركه بمفردة ينشغل بالرفرفة وكذلك قول لا عندما تراه يرفرف فأصبح الطفل بمجرد النظرة إليه وقول لا يتوقف عن الرفرفة.
لا يرغب في أداء اي نشاط.	أصبح يحب معظم انشطة البرنامج فقد شعر انها أصبحت ضمن اهتماماته
يقوم برمى الأشياء وسكبها.	اختفى ذلك السلوك بشكل ملحوظ، حيث تم التصرف مع هذا السلوك بان يحضر الطفل الأدوات التي رماها ويقوم بلم الأشياء ي سكبها كما قامت الباحثة بإرشاد الأم أن تفعل معه ذلك في المنزل وبعدها توقف الطفل عن رمى الأشياء وسكبها لأنه يشعر بالتعب من لمها.

الحالة الثالثة وهو الطفل الأول يبلغ من العمر10, 5 سنوات ولديه أخ صغير، يحب الشبسى والبمبون والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق والغناء. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على 33 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 28 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم، أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله في أغلب ما يقومون به كما تطور اللعب بشكل سوى إلى حد كبير أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر ويتابع ويركز في أغلب ما يدور حوله، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبح لا يحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديه فهم الإيماءات و الإشارات واستخدمها. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق

البرنامج 46 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 26 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 116 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 165 وهذا يعنى ان المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الثالثة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (9) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يستطيع النظر في عين الآخرين أو إلى من يتحدث معه أكثر من ثانية.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثواني .
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	أصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه ويتقبل ان يشاركه الآخرين اللعب على عكس قبل ذلك كان يرفض أن يشاركه أحد اللعب.
كانت عيني الطفل مشتته ويوزع نظرته على كل الأشياء دون تركيز على أي شيء.	اصبحت عينيه اكثر ثباتا واقل تشتتا فأصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز وقد ذكرت الأم أنه اصبح أكثر إحساسا بمشاعرها ويفهمها أكثر من ذى قبل بسبب الانتباه لها.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	أصبح ينتبه ويحضر إلى من ينادى عليه فقد ذكرت الأم أن تعلمه الحضور إلى من ينادى عليه ساعدني كثيرا في الحفاظ على حياته فأحيانا كثيرة كان يجرى في الشارع وعندما انادى عليه لا يحضر مما يعرض حياته للخطر.
عند التعامل معه لا يبدى أي تعبيرات تشير إلى أنه منتبه	أصبح ينتبه إلى الأصوات والأشخاص في البيئة من حوله.
كان أقل انتباها للأوامر التي تصدر عن الآخرين.	أصبح أكثر انتباها فقد ذكرت الأم أنه اصبح أكثر سرعة في تنفيذ الأوامر.
يجد صعوبة في إحضار شيء يعرفة من بين عدة أشياء ويحتاج دائما إلى التذكرة بالنظر إلى ما يقوم به من مهام.	يحضر ما يعرفة بدون صعوبة وينظر إلى ما يقوم به من مهام دون ان يذكره أحد.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.
لا يقلد الآخرين سواء الكبار او الأطفال.	اصبح يقلد الآخرين حيث ذكرت الأم انه اصبح يقلد أقرانه في الحضانة في القيام بتمارين الصباح كما ساعده التقليد على اللعب مع الأطفال حيث اصبح ينط ويجرى مثلهم، كما ذكرت الأم أنها أحضرت عروسة وبدات تحميها أمامه ثم قالت له يلا نحمى العروسة فبدأ يفعل مثلها في غسل رأسها ثم جسمها ثم سكب الماء عليها.
لا ينتبه أو ينظر إلى ما يفعله الآخرون من حوله.	ينتبه وينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم، فقد ذكرت الأم إنه أصبح ينظر إليها ويتابعها وهى تقوم بأعمال المنزل من إعداد الطعام وترتيب المنزل ويقوم بمساعدتها.
يسحب يد الأم عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة ان الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
لا يستطيع أن يجلس مع أسرته ويشاهد التلفاز لمدة 5 دقائق	اصبح يجلس ويشاهد التلفاز مع أسرته لمدة 5 دقائق
لا يستطيع النظر إلى نفسه في المرآه بسبب تشتت انتباهه.	ينظر إلى نفسه في المرآه ويهندم ملابسه.
كان أقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	اصبح أكثر وعيا بالأشخاص من حوله.
لا يضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
يترك العمل المطلوب منه ويشغل نفسه بأشياء آخرى.	اصبح يهتم ويفعل ما يطلب منه.
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدات الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.
يضع إصبعه في فمه أغلب الوقت.	قل تكرار ذلك السلوك، بسبب التدريب على المهارات العديدة المتعلقة باليدين التي يتضمنها البرنامج وقد نصحت الباحثة الأم أن تكرر الأنشطة في المنزل ولا تتركه يضع إصبعه في فمه.

الحالة الرابعة وهو الطفل الأخير يبلغ من العمر6, 4 سنوات ولديه أختين، يحب الكيك والبمبون والشيكولاته والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على 37 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 34 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم، أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله في أغلب ما يقومون به كما تطور اللعب بشكل سوى إلى حد كبير أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر ويتابع ويركز في أغلب ما يدور حوله، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبح لا يحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديه فهم الإيماءات و الإشارات واستخدمه. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 44 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 27 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 121 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 161 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الرابعة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (10) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يستطيع النظر في عين الآخرين أو إلى من يتحدث معه أكثر من ثانية.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 5 ثواني .
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	اصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه ويتقبل ان يشاركه الآخرين اللعب.
كانت عيني الطفل مشتته ولا يركز على أي شيء.	اصبحت عينيه اكثر ثباتا واقل تشتتا فأصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	اصبح ينتبه ويحضر إلى من ينادى عليه فقد ذكرت الأم أن تعلمه الحضور إلى من ينادى عليه ساعدني كثيرا في الحفاظ على حياته فأحيانا كثيرة كان يجرى في الشارع وعندما أنادى عليه لا يحضر مما يعرض حياته للخطر.
عند التعامل معه لا يبدى أي تعبيرات تشير إلى أنه منتبه	اصبح ينتبه إلى الأصوات والأشخاص في البيئة من حوله.
كان يحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية أكثر من مره لينتبه.	اصبح أكثر انتباها وسرعة في تنفيذ الأوامر.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه إلى حد كبير.
لا يقلد الآخرين سواء الكبار أو الأطفال.	اصبح يقلد الآخرين أقرانه وأخوته كما ساعده التقليد على اكتساب العديد من المهارات.
لا ينتبه أو ينظر إلى ما يفعله الآخرون من حوله.	ينتبه وينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم، فقد ذكرت الأم إنه أصبح ينظر إليها ويتابعها وهى تقوم بأعمال المنزل.
يسحب يد الأم عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يستطيع النظر إلى نفسه في المرآه بسبب تشتت انتباهه.	ينظر إلى نفسه في المرآه.
كان اقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	اصبح أكثر وعيا بالأشخاص من حوله.
لا يضع الأشياء في اماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدات الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها أمر تعالى، وامر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم ان تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.
يهز جسمه للأمام والخلف وهو جالس.	قل تكرار ذلك السلوك، بسبب التدريب على مهارات البرنامج حيث انشغل الطفل بالأنشطة عن تكرار ذلك السلوك وقد نصحت الباحثة الأم أن تكرر الأنشطة في المنزل ولا تتركة يكرر هذا السلوك.
لا يرغب في أداء أي نشاط.	اصبح يحب معظم انشطة البرنامج فقد شعر انها أصبحت ضمن اهتماماته
يقوم برمى الأشياء وسكبها.	اختفي ذلك السلوك بشكل ملحوظ، حيث تم التصرف مع هذا السلوك بأن يحضر الطفل الأدوات التي رماها ويقوم بلم الأشياء التي سكبها كما قامت الباحثة بإرشاد الأم أن تفعل معه ذلك في المنزل وبعدها توقف الطفل عن رمى الأشياء وسكبها لنه يشعر بالتعب من لمها.

الحالة الخامسة هو الطفل الأول وله أخ صغير، يبلغ من العمر7, 5 سنوات، يحب الجيلى كولا والكور والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على35 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق

البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 32 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم ويحب الهزار معهم أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله كما تطور اللعب بشكل سوى إلى حد مقبول أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر إلى الأشياء وإلى من يتحدث معه، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبح لا يحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديه فهم الإيماءات. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 44 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 27 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 122 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 168 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الخامسة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (11) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
يتجنب النظر في عين الآخرين، حيث كان لا ينظر إلى من يتحدث معه.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثوانى.
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	اصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه بل اصبح يبادر باللعب مع الآخرين عن طريق إحضار اللعب.
كانت عيني الطفل مشتته وغير ثابتة.	اصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز إلى حد كبير.
كان لا يلتفت إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	اصبح ينتبه وينظر ويحضر إلى من ينادى عليه.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
كان لا ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.	اصبح ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله، ويميز بين صوت امه وأخيه وأبيه وهذا ما ذكرته الأم
كان اقل انتباها للأوامر التي تصدر عن الآخرين.	اصبح اكثر انتباها فقد ذكرت الأم انه اصبح اكثر سرعة في تنفيذ الأوامر.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.
لا يقلد الآخرين.	اصبح يقلد الآخرين فيما يقومون به من افعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم. وكذلك تقليد اقرانه أثناء اللعب، مثل الجري والنط واللعب بالكرة.
لا ينظر او يهتم بما يفعله الآخرون من حوله.	ينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم.
يسحب الأشياء ويبعثرها عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض.
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة ان الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
لا ينظر إلى نفسه في المرآه.	ينظر إلى نفسه في المرآه. فأصبح اكثر وعياً وإدراكاً بجسمه ويقلد الباحثة فيما تقوم به من حركات امام المرآه.
كان اقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	اصبح اكثر وعيا بالأشخاص من حوله. فقد ذكرت الأم انه اصبح ينظر ويتابع ما يدور حوله..
لا يضع الأشياء في اماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في اماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
يترك العمل المطلوب منه ويشغل نفسه بأشياء اخرى.	اصبح يهتم ويفعل ما يطلب منه.
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدأت الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم ان تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.
كان يعض يده ويضع ملابسة في فمه	قل تكرار ذلك السلوك، بسبب التدريب على المهارات العديدة المتعلقة باليدين التي يتضمنها البرنامج وقد نصحت الباحثة الأم ان تكرر الأنشطة في المنزل ولا تتركة بمفرده وكذلك قول لا عندما تراه يفعل هذه السلوكيات فأصبح الطفل بمجرد النظرة إليه وقول لا يتوقف عن السلوك.
لا يرغب في اداء اي نشاط.	أصبح يحب معظم انشطة البرنامج فقد شعر انها أصبحت ضمن اهتماماته
يقوم برمى الأشياء وسكبها.	اختفي ذلك السلوك بشكل ملحوظ، حيث تم التصرف مع هذا السلوك بأن يحضر الطفل الأدوات التي رماها ويقوم بلم الأشياء التي سكبها كما قامت الباحثة بإرشاد الأم أن تفعل معه ذلك في المنزل وبعدها توقف الطفل عن رمى الأشياء وسكبها لانه يشعر بالتعب من لمها.

الحالة السادسة وهو الطفل الأول ليس لديه أخوه يبلغ من العمر5, 4 سنوات الضحك والهزار واللعب والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق. ولديه درجة متوسطة

من الذاتوية حيث حصل على5 ,33 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت31 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم، أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله في أغلب ما يقومون به كما تطور اللعب بشكل سوى إلى حد كبير، أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر ويتابع ويركز في اغلب ما يدور حوله، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبح لا يحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديه فهم الإيماءات و الإشارات واستخدمها. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 35 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 25 وذلك يعني أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 127 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 154 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة السادسة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (12) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يستطيع النظر في عين الآخرين أو إلى من يتحدث معه أكثر من ثانيتين.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 7 ثواني .
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	اصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه ويتقبل ان يشاركه الآخرين اللعب.
كانت عيني الطفل مشتته ويوزع نظرته على كل الأشياء دون تركيز على اي شيء .	اصبحت عينيه أكثر ثباتا واقل تشتتا فأصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	اصبح ينتبه ويحضر إلى من ينادى عليه.

عند التعامل معه لا يبدى اي تعبيرات تشير إلى انه منتبه	اصبح ينتبه إلى الأصوات والأشخاص في البيئة من حوله.
كان يحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية اكثر من مره لينتبه.	اصبح اكثر انتباها وسرعة في تنفيذ الأوامر.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه إلى حد كبير.
لا يقلد الآخرين سواء الكبار او الأطفال.	اصبح يقلد الآخرين من اقرانه كما ساعده التقليد على اكتساب العديد من المهارات.
لا ينتبه أو ينظر إلى ما يفعله الآخرون من حوله.	ينتبه وينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم فيما يقومون به.
يسحب يد الأم عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز راسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
لا يستطيع النظر إلى نفسه في المرآه بسبب تشتت انتباهه.	ينظر إلى نفسه في المرآه.
كان اقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	اصبح اكثر وعيا بالأشخاص من حوله.
لا يضع الأشياء في اماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في اماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في اماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدات الباحثة بالتدريب على عدة اوامر منها امر تعالى، وامر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.
لا يجلس على الكرسي 5 دقائق متواصلة .	اصبح يجلس على الكرسي 10 ثم 15 ثم 20 دقيقة حيث قامت الباحثة اولاً بالغناء له واللعب معه ثم

	جلوسه برفق على الكرسي وإحضار العربة المضيئة واللعب بها أمامه ثم إعطائها له ليلعب بها وهو جالس ثم إحضار الخرز الملون ووضعه داخل الزجاجة قبل أن يمل الطفل من العربة ويترك الكرسي ثم الدخول تدريجيا إلى باقي الأنشطة والقيام بها هو جالس حتى زادت فترة جلوسه إلى 5 دقائق ثم 10 دقائق. ويقوم ثم يجلس ويقوم بأداء الأنشطة لمدة 10 دقائق وتقوم الباحثة تدريجيا بزيادة فترة جلوسه إلى 20 دقيقة .
لا يرغب في اداء اي نشاط.	اصبح يحب معظم انشطة البرنامج فقد شعر انها اصبحت ضمن اهتماماته

الحالة السابعة هو الطفل الأول ولديه أخت صغيرة، يبلغ من العمر 6.4 سنوات، يحب البلونات والكور والشيكولاتة والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على 32 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 30 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله كما تطور اللعب بشكل سوى بعد أن زاد الانتباه أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر إلى الأشياء ولا يحتاج دائما االآن يذكره الآخرين بالنظر إليهم أو إلى الأشياء التي يتعامل معها، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي، أما التواصل اللفظ وغير اللفظي فقد زادت الحصيلة اللغوية وفهم الإيماءات والتعامل بها إلى حد ما. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 37 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 27 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات

الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 124 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 156 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة السابعة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (13) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يتواصل بصريا مع الآخرين، حيث كان لا ينظر إلى من يتحدث معه لمدة 3 ثواني.	اصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثواني.
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	أصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه بل والأكثر انه أصبح يبادر باللعب مع الآخرين عن طريق إحضار اللعب للآخرين لكي يلعبوا معه.
كانت عيني الطفل مشتته وغير ثابتة.	اصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	أصبح ينتبه وينظر ويحضر إلى من ينادى عليه.
كان لا ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.	أصبح ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله، فقد ذكرت الأم أن الطفل أصبح ينتبه لصوت الكلب والديك وينظر إليهم وكان لا يفعل ذلك من قبل.
يحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية أكثر من مرة.	ينتبه ويستجيب من المرة الأولى أو الثانية على الأكثر.
يحتاج دائما إلى التذكرة بالنظر إلى ما يقوم به من مهام.	ينظر إلى ما يقوم به من مهام دون أن يذكره أحد.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يقلد الآخرين في الحركات التي يقومون بها.	أصبح يقلد الآخرين فيما يقومون به من أفعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم واليدين والقدمين. وكذلك تقليد الأطفال أثناء اللعب مثل الجري والنط ولعب الكرة.
لا ينظر أو يهتم بما يفعله الآخرون من حوله.	ينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم.
يسحب يد الأم ويصرخ عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
كان لعبه هو زق الأطفال الصغار.	أصبح يحب اللعب بالكرة حيث كان يقذفها داخل سله ويصوبها على البولينج أثناء التدريب على البرنامج وبدأ يشوطها ويقذفها للآخرين.
لا ينظر إلى نفسه في المرآه	ينظر إلى نفسه في المرآه. فأصبح أكثر وعيا وإدراكا بجسمه.
كان أقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	أصبح أكثر وعيا بالأشخاص من حوله.
لا يضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا ينفذ الأوامر	اصبح ينفذ الأوامر. فقد بدأت الباحثة بالتدريب على عدة اوامر منها أمر تعالى، وامر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه. حيث ذكرت الأم انه بدأ يجلس على الكرسي في الحضانة عندما يطلب منه ذلك .
لا يرغب في أداء أي نشاط.	اصبح يحب معظم انشطة البرنامج فقد شعر انها أصبحت ضمن اهتماماته
يتعلق بالأشياء بشكل غير سوى.	اختفي ذلك السلوك بشكل ملحوظ، حيث كان في بداية البرنامج ممسكا بكرة ولا يتركها مما يعيق قيامه بأداء انشطة البرنامج فبدأت الباحثة تلعب معه وتقول له هات ثم تعطيها له بسرعة ثم تقول له هات وتعطيها له وهكذا إلى أن أدرك الطفل انه سوف يأخذها مره اخرى، فبدأت الباحثة تستخدمها كمدعم له حيث يؤدى النشاط ويأخذها.

الحالة الثامنة هو الطفل الأخير ولديه أختين وولد، يبلغ من العمر6.2 سنوات، يحب العصير والشبسى والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق وأغاني الأطفال. ولديه درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصل على 36 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجته على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 32 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأ يتفاعل معهم وينظر إليهم أما القدرة

على التقليد فقد ارتفعت وأصبح يقلد الآخرين من حوله كما تطور اللعب بشكل سوى بعد أن زاد الانتباه أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبح الطفل ينظر إلى الأشياء ولا يحتاج دائما أن يذكره الآخرين بالنظر إليهم أو إلى الأشياء التي يتعامل معها، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي، أما التواصل اللفظي وغير اللفظي فقد زادت الحصيلة اللغوية وفهم الإيماءات والتعامل بها إلى حد ما. وكانت درجته على مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 41 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجته 30 وذلك يعنى أن درجته على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديه، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجته قبل تطبيق البرنامج 106 من الدرجة الكلية 186 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 150 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديه بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة الثامنة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (14) يوضح حالة الطفلة الذاتوية قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا يتواصل بصريا مع الآخرين، حيث كان لا ينظر إلى من يتحدث معه لمدة 5 ثواني.	أصبح يتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثواني.
لا ينظر إلى من يحاول جذب انتباهه أو اللعب معه.	أصبح يستجيب لمن يحاول جذب انتباهه بل والأكثر انه أصبح يبادر باللعب مع الآخرين لكي يلعبوا معه.
كانت عيني الطفل مشتته وغير ثابتة.	أصبح ينظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
كان لا ينتبه إلى من ينادى عليه ولا ينظر إليه.	أصبح ينتبه وينظر ويحضر إلى من ينادى عليه.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
كان لا ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.	اصبح ينتبه إلى الأصوات في البيئة من حوله.
يحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية مرات عديدة.	ينتبه ويستجيب من المرة الأولى أو الثانية على الأكثر.
يحتاج دائما إلى التذكرة بالنظر إلى ما يقوم به من مهام.	ينظر إلى ما يقوم به من مهام دون أن يذكره أحد.
لا يستطيع الإنصات إلى من يتحدث معه.	ينصت وينظر إلى من يتحدث معه.
لا يقلد الآخرين.	اصبح يقلد الآخرين فيما يقومون به من أفعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم. وكذلك تقليد الأطفال أثناء اللعب، مثل الجري والنط، ولعب الكرة.
لا ينظر أو يهتم بما يفعله الآخرون من حوله.	ينظر إلى ما يفعله الآخرون ويحاول مشاركتهم.
يسحب يد الأم عندما يريد شيئا.	يشاور على ما يريد، وكذلك يهز رأسه دليل على الموافقة أو الرفض
لا يسلم على الآخرين.	يسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليه قبل كل جلسة.
لا يلوح بيده للآخرين "باى باى."	يلوح بيده للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعله يلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
كان لا يلعب بشكل سوى.	اصبح يحب اللعب بالكرة حيث كان يقذفها داخل سله ويصوبها على البولينج أثناء التدريب على البرنامج وبدأ يشوطها ويقذفها للآخرين وكذلك يقوم بلضم الخرز لعمل عقد.
لا ينظر إلى نفسه في المرآه	ينظر إلى نفسه في المرآه. فأصبح أكثر وعيا وإدراكا بجسمه.
كان أقل وعيا بالأشخاص والبيئة من حوله.	أصبح أكثر وعيا بالأشخاص من حوله. فقد ذكرت الأم أنه أصبح يضحك لجدته التي تعامله برفق، ويلعب مع والده، والأطفال من أقاربه.
لا يضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	يضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	نتيجة وضعه الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
لا ينفذ الأوامر	أصبح ينفذ الأوامر. فقد بدأت الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منه.حيث ذكرت الأم أنه بدأ يجلس على الكرسي في الحضانة عندما يطلب منه ذلك.
يخبط راسه في الحائط إذا لم يستجيب لرغباته الآخرون	قل تكرار ذلك السلوك حيث كانت الباحثة تتجاهل ذلك السلوك وقد نصحت الباحثة الأم أن تتجاهل ذلك السلوك ولا تستجيب لرغباته.
لا يرغب في أداء أي نشاط.	أصبح يحب معظم أنشطة البرنامج فقد شعر أنها أصبحت ضمن اهتماماته

الحالة التاسعة وهى الطفلة الأولى تبلغ من العمر6.4 سنوات وحيدة ليس لها إخوة، تحب الشبسى والخرز والمدح (برافو – شاطره) والتصفيق والغناء. ولديها درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصلت على 34 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجتها على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 30 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأت تتفاعل وتتواصل مع الأب والأم بشكل أفضل، أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبحت تقلد الآخرين من حولها في أغلب ما يقومون به كما تطور اللعب لديها بشكل سوى إلى حد كبير أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبحت تنظر وتتابع وتركز في أغلب ما يدور حولها، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبحت لا تحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديها فهم الإيماءات و الإشارات واستخدمتها. وكانت درجتها على

مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 39 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجتها 23 ، وذلك يعنى أن درجتها على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديها، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجتها قبل تطبيق البرنامج 113 من الدرجة الكلية 186 أصبحت بعد تطبيق البرنامج 167 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديها بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة التاسعة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (15) يوضح حالة الطفلة الذاتوية قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا تنظر في عين الآخرين أو إلى من يتحدث معها أكثر من ثانية.	أصبحت تتواصل بصريا مع الآخرين أكثر من5 ثواني وتستجيب لأمر بص لي.
لا تنظر إلى من يحاول جذب انتباهها أو اللعب معها.	أصبحت تستجيب لمن يحاول جذب انتباهها وتتقبل ان يشاركها الآخرين اللعب على عكس قبل ذلك كانت ترفض ان يشاركها أحد اللعب.
عينيها غير ثابتة ونظرتها غير موجهه	أصبحت عينيها أكثر ثباتا وأقل تشتتا فأصبحت تنظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
لا تلتفت إلى من ينادى عليها ولا تنظر إليه.	أصبحت تنتبه وتحضر إلى من ينادى عليها فقد ذكرت الأم أن تعلمها الحضور إلى من ينادى عليها ساعد كثيرا في اكتسابها للعديد من المهارات منها مساعدة الذات والأم. .
كانت لا تنتبه بنسبة كبيرة إلى ما يدور حولها من أحداث.	أصبحت تنتبه إلى الأشخاص والأحداث من حولها فقد ذكرت الأم انه بمجرد ذكر اسم الطفلة أمام الآخرين أثناء حديثها معهم فانها تنتبه وتجلس لتسمع ما يقال عنها وتظل تنظر إلى الأم والآخرين أثناء حديثهم عنها.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
كانت تحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية اكثر من مره لتنتبه.	اصبحت اكثر انتباها وسرعة في تنفيذ الأوامر.
كانت لا تنتبه إلى الأنشطة اكثر من 5 دقائق.	اصبحت تقوم بالأنشطة وتنتبه لها لمدة 15 دقيقة.
لا تستطيع الإنصات إلى من يتحدث معها.	تنصت وتنظر إلى من يتحدث معها.
لا تقلد الآخرين سواء الكبار او الأطفال.	اصبحت تقلد الآخرين حيث ذكرت الأم أنها اصبحت تقلد اقرانها في الحضانة في الجرى والنط، وكذلك قامت بتقليد أمها فيما تقوم به من أعمال المنزل من وضع الأشياء في أماكنها كما ساعدها التقليد على اللعب والتفاعل مع الأطفال.
تصرخ وتسحب يد الأم عندما تريد شيئا.	تشاور على ما تريده.
لا تسلم على الآخرين.	تسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليها قبل كل جلسة.
لا تلوح بيدها للآخرين "باى باى."	تلوح بيدها للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعلها تلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
كانت عندما لا تريد شيء تبعد يد الأم أو تدير وجهها	اصبحت تهز رأسها دليل على الرفض
لا تستطيع النظر إلى نفسها في المرآه.	تنظر إلى نفسها في المرآه وتهندم شعرها.
لا تضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	تضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعها الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
كانت تلعب بمفردها ولا تتفاعل مع أحد.	اصبحت تحب اللعب مع الأطفال وخاصة لعبة القطار (توت توت).
لا تنفذ الأوامر	اصبحت تنفذ الأوامر. فقد بدأت الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها أمر تعالى، وأمر هاتى، اقعدى على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منها.
لا تقلد الأصوات أو الكلمات.	اصبحت تقلد الأصوات وكذلك الكلمات فقد ذكرت الأم ان نظرة عين الطفلة تحسنت نتيجة

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	البرنامج مما أدى إلى تركيزها مع الأم وتقليدها في بعض ما تقوله.
لا ترغب في أداء أي نشاط.	أصبحت تحب معظم أنشطة البرنامج فقد شعرت أنها أصبحت ضمن اهتماماتها
كانت الطفلة تقوم بالصراخ وضرب نفسها والبكاء وشد ملابس الباحثة عند الجلوس معها فقد كانت تصرخ وتضرب من يطلب منها شيئا.	قامت الباحثة أثناء تطبيق البرنامج بإقامة علاقة طيبة مع الطفلة وكان لهذه العلاقة أبلغ الأثر في علاج هذه المشكلات فقد قامت الباحثة بالجلوس مع الطفلة والغناء لها مع التصفيق فقد كانت تحب الغناء وبدأت الباحثة تعلمها الأنشطة عن طريق اللعب والغناء وإعطائها الشبسى الذي تحبه مع التعامل معها بكل هدوء مما جعل الطفلة تحب الجلوس واللعب مع الباحثة مما أدى إلى اختفاء هذه السلوكيات تدريجيا وكانت هذه الطريقة ناجحة جدا مع الطفلة وقد قامت الأسرة بالتعامل مع الطفلة بنفس الطريقة.

الحالة العاشرة وهى الطفلة الثانية تبلغ من العمر 5,5 سنوات لديها أخت، تحب الكيك والبمبون والمدح (برافو – شاطر) والتصفيق والغناء. ولديها درجة متوسطة من الذاتوية، حيث حصلت على 37,5 درجة على مقياس الكارس قبل تطبيق البرنامج أما درجتها على المقياس بعد تطبيق البرنامج فقد أصبحت 34 درجة حيث تطورت العلاقة بالآخرين فبدأت تتفاعل وتتواصل مع الأب والأم بشكل أفضل، أما القدرة على التقليد فقد ارتفعت وأصبحت تقلد الآخرين من حولها في اغلب ما يقومون به كما تطور اللعب لديها بشكل سوى إلى حد كبير أما الاستجابة البصرية فقد تحسنت بشكل كبير حيث أصبحت تنظر وتتابع وتركز في أغلب ما يدور حولها، أما الاستجابة السمعية فقد تحسنت وزاد الانتباه السمعي وأصبحت لا تحتاج إلى تكرار الأوامر عدة مرات، أما التواصل غير اللفظي فقد زاد لديها فهم الإيماءات والإشارات واستخدمتها. وكانت درجتها على

مقياس اضطراب الانتباه قبل تطبيق البرنامج 45 من الدرجة الكلية 60 أما بعد تطبيق البرنامج فأصبحت درجتها 23، وذلك يعنى أن درجتها على مقياس اضطراب الانتباه قد انخفضت وزاد الانتباه لديها، وعند تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية كانت درجتها قبل تطبيق البرنامج 102 من الدرجة الكلية 186 واصبحت بعد تطبيق البرنامج 154 وهذا يعنى أن المهارات الاجتماعية قد زادت لديها بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي عرض للحالة العاشرة قبل تطبيق البرنامج وبعده

جدول (16) يوضح حالة الطفل الذاتوى قبل البرنامج وبعده

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا تنظر في عين الآخرين أو إلى من يتحدث معها اكثر من 5 ثواني.	اصبحت تتواصل بصريا مع الآخرين لمدة 10 ثواني وتستجيب لأمر بص لي .
لا تنظر إلى من يحاول جذب انتباهها أو اللعب معها.	اصبحت تستجيب لمن يحاول جذب انتباهها وتتقبل أن يشاركها الآخرين اللعب على عكس قبل ذلك كانت ترفض ان يشاركها أحد اللعب.
عينيها مشتته ونظرتها غير ثابتة	أصبحت عينيها اكثر ثباتا واقل تشتتا فاصبحت تنظر إلى الأشياء والأشخاص بتركيز.
لا تلتفت إلى من ينادى عليها ولا تنظر إليه.	اصبحت تنتبه وتحضر إلى من ينادى عليها فقد ذكرت الأم أن تعلمها الحضور إلى من ينادى عليها ساعد كثيرا في اكتسابها للعديد من المهارات.
لا تنتبه إلى ما يدور حولها من أحداث.	اصبحت تنتبه إلى الأشخاص والأحداث من حولها .
كانت تحتاج إلى تكرار التوجيهات اللفظية أكثر من مره لتنتبه.	أصبحت أكثر انتباها وسرعة في تنفيذ الأوامر.

قبل البرنامج	بعد البرنامج
لا تستطيع الإنصات إلى من يتحدث معها.	تنصت وتنظر إلى من يتحدث معها.
لا تقلد الآخرين سواء الكبار أو الأطفال.	اصبحت تقلد الآخرين حيث ذكرت الأم انها اصبحت تقلد أقرانها في اللعب والجرى كما ساعدها التقليد على اللعب والتفاعل مع الأطفال.
تسحب يد الأم عندما تريد شيئا.	تشاور على ما تريده.
لا تسلم على الآخرين.	تسلم على الآخرين وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تسلم عليها قبل كل جلسة.
لا تلوح بيدها للآخرين "باى باى."	تلوح بيدها للآخرين "باى باى" وكان ذلك نتيجة أن الباحثة كانت تجعلها تلوح لها بعد الانتهاء من الجلسة
لا تستطيع النظر إلى نفسها في المرآه.	تنظر إلى نفسها في المرآه.
لا تضع الأشياء في أماكنها بعد الاستخدام	تضع الأشياء في أماكنها بعد استخدامها وذلك نتيجة وضعها الأدوات في أماكنها بعد الانتهاء من الأنشطة.
كانت تلعب بمفردها ولا تتفاعل مع أحد.	اصبحت تحب اللعب مع الأطفال إلى حد ما.
لا تنفذ الأوامر	اصبحت تنفذ الأوامر. فقد بدات الباحثة بالتدريب على عدة أوامر منها امر تعالى، وامر هاتى، اقعدي على الكرسي. وذلك كل جلسة ونصحت الأم أن تكرر هذه الأوامر. وكانت هذه الأوامر بداية لتنفيذ باقي الأوامر التي تطلب منها.
لا ترغب في أداء أي نشاط.	أصبحت تحب معظم انشطة البرنامج فقد شعرت أنها أصبحت ضمن اهتماماتها
كانت الطفلة تقوم بعمل حركات تكرارية باليد.	قل تكرار ذلك السلوك، بسبب التدريب على المهارات العديدة المتعلقة باليدين التي يتضمنها البرنامج وقد نصحت الباحثة الأم

قبل البرنامج	بعد البرنامج
	ان تكرر الأنشطة في المنزل.

ملاحظات الوالدين والباحثة على عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج :

- أصبح الأطفال يتواصلون بصريا مع الآخرين لمدة تتراوح من 10- 15 ثانية
- يستجيبون لمن يحاول جذب انتباههم بل وبعضهم هو الذي يبادر باللعب مع الآخرين .
- ينظرون إلى الأشياء والأشخاص بتركيز، ينتبهون ويحضرون إلى من ينادى عليهم.
- ينظرون إلى ما يقومون به من مهام دون أن يذكرهم أحد، ينصتون وينظرون إلى من يتحدث معهم.
- يقلدون الآخرين فيما يقومون به من أفعال مثل الخبط على الباب قبل الدخول، التصفيق، تقليد حركات الفم مما أدى إلى اكتساب بعضهم مهارة النفخ وكذلك تقليد الأطفال أثناء اللعب، مثل الجري والنط، ولعب الكرة وكذلك تقليد بعض الأصوات والكلمات .
- ينظرون إلى ما يفعله الآخرون ويحاولون مشاركتهم، يصافحون الآخرين، يلوحون للآخرين "باى باى"
- يستخدمون السبابة في الإشارة إلى ما يريدون، وكذلك هز الرأس للتعبير عن الموافقة أو الرفض.
- يضعون الأشياء في أماكنها بعد استخدامها، يستطيعون الجلوس على الكرسي 20 دقيقة.
- ينتبهون إلى الأصوات في البيئة من حولهم، مثل صوت العربية والطائرة والديك والعصفورة وجرس الباب، الصفارة.

• يستجيبون للأوامر بشكل أسرع ومنها أمر تعالى، وأمر هات، اقعد على الكرسي وغيرها من الأوامر .

• تحسنت كثير من سلوكياتهم السلبية غير المرغوبة مثل الصراخ والبكاء ورمى الأشياء، عدم الجلوس، الخربشة، الضرب، العناد، الحركات التكرارية .

• يلعبون بشكل أفضل حيث يصوبون الكرة على البولينج ويلعبون بها مع الآخرين، ويلعبون بالعربات ويقومون بلضم الخرز لعمل عقد، ويجرون وراء فقاقيع الصابون، ينتظرون دورهم في اللعب، ويلعبون مع أقرانهم وكذلك مع الراشدين.

• اصبحوا أكثر وعيا بأنفسهم وبالآخرين من حولهم وخاصة الوالدين والأقارب والأقران .

• اصبحوا يحبون الأنشطة التعليمية لشعورهم أنها شيء ممتع وشيق .

• ينتبهون ويستجيبون للتوجيهات اللفظية من المرة الأولى أو الثانية على الأكثر.

• أصبحوا ينتبهون أكثر لمشاعر وانفعالات الآخرين حيث أن تحسن نظرة العين جعلتهم ينظرون بتركيز إلى من يتعامل معهم ويفهمون مشاعره.

• زيادة قدرتهم على متابعة الآخرين، اكتساب اللعب التمثيلي إلى حد ما عن طريق الوالدين وأقرانهم.

• أصبحوا يركزون على العمل المطلوب منهم ولا ينتقلون إلى غيره .

توصيات الدراسة:

1. ضرورة الاهتمام بالأطفال الذاتويين وذوى الاحتياجات الخاصة في مجال الإعلام، مع تخصيص برامج مخصصة لهم تكشف وتظهر كيفية مساعدتهم، والجوانب الإيجابية لديهم مع إبراز أهم الإنجازات التي يقومون بها سواء في الرسم أو الموسيقى أو الرياضيات.

2. توعية الآباء باضطراب الذاتوية وكيفية التعامل مع الطفل الذاتوى وضرورة التدخل المبكر لما له من دور فعال في تقدم هذا الطفل.

3. عمل مسح على المستوى القومي لتحديد نسبة الأطفال الذاتويين في مصر لوضع خطط الرعاية والتعليم والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال.

4. توفير برامج شيقة وممتعة للأطفال الذاتويين تقوم على أساس اللعب معهم واكتساب المعلومة من خلال اللعب.

5. توعية المجتمع باضطراب الذاتوية والأطفال الذاتويين وكيفية التعامل معهم بالطريقة المناسبة فنحن نأمل في أن نصبح مثل المجتمع البريطاني فالجميع واع ومتفهم لحالات الذاتوية ومدرب للتعامل مع هؤلاء الأطفال في الأماكن العامة.

6. ضرورة قيام الدولة بتقديم جميع الخدمات الخاصة بالأطفال الذاتويين من غذاء وتحاليل وعلاج ومصاريف وتعليم ومراكز متخصصة على نفقة الدولة.

7. توفير مراكز متخصصة ذات مهارة عالية وتحت إشراف متخصصين متمرسين في هذا المجال.

8. ضرورة إعداد كوادر متخصصة ومؤهلة علميا وعمليا للتعامل مع هؤلاء الأطفال بطريقة علمية ومنظمة وهادفة وتأهيل العاملين في هذا المجال بشكل مستمر حول الطرق الحديثة والمواد والأدوات المتطورة التي تلاءم طريقة العمل مع هؤلاء الأطفال.

9. ضرورة الاهتمام باكتشاف مواهب وقدرات الأطفال الذاتويين منذ سن مبكرة ووضع خطة على المدى الطويل لتنمية هذه المواهب والقدرات والاستفادة منها لبناء مستقبل هؤلاء الأطفال.

10. ضرورة تكوين فريق من الأطباء المتخصصين في مجال التشخيص والأعصاب والمخ لاكتشاف حالات الذاتوية مبكراً ولأن تشخيص هؤلاء الأطفال مازال يختلط على المتخصصين حتى الآن.

11. توفير أماكن للتأهيل المهني لهذه الفئة من الأطفال فهناك ندرة شديدة لمثل هذه الأماكن بالرغم من أهميتها الشديدة لهؤلاء الأطفال للشعور بالإنجاز والاستقلالية.

12. وضع مناهج تربوية وتعليمية وتأهيلية تتناسب مع حاجات وقدرات هؤلاء الأطفال تتفق مع إمكانياتهم العقلية والمعرفية.

13. إتاحة الفرصة للأطفال الذاتويين على التواجد مع الأطفال الأسوياء من خلال عملية الدمج في المدارس والفصول.

14. ضرورة توفير البرامج التي تحتوى على أنشطة تساعد على اكتساب المهارات الاجتماعية والاستقلالية والانخراط في المجتمع.

15. ضرورة الاهتمام بتنمية الانتباه في بداية تدريب الأطفال الذاتويين لأنه الأساس الذي يقوم عليه أي تعلم فلا يمكن للطفل أن يتعلم دون أن ينتبه.

البحوث المقترحة

من خلال نتائج الدراسة الحالية وكذلك عمل الباحثة مع الأطفال الذاتويين فقد اقترحت الباحثة إجراء بحوث فيما يلي:

1 - فاعلية برنامج مقترح لتنمية اللعب الرمزي عند الأطفال الذاتويين.

2 - فاعلية برنامج مقترح لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال الذاتويين.

3 - فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض السلوك التكراري لدى الأطفال الذاتويين.

4 - فاعلية برنامج علاجي باللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين.

5 - فاعلية استخدام القصص الاجتماعية في تنمية بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال الذاتويين.

6 - فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى المراهقين الذاتويين.

7 - فاعلية برنامج موسيقى لتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين

8 - فاعلية برنامج حركي لتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين.

9 - فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل الانفعالي لدى الأطفال الذاتويين.

10 - فاعلية برنامج تدريبي قائم على أنشطة اللعب لتنمية مفهوم الذات لدى الأطفال الذاتويين.

11 - فاعلية برنامج إرشادي لآباء الأطفال الذاتويين في أساليب التواصل مع أطفالهم.

12 - فاعلية برنامج علاجي قائم على أساس التعاون بين المدرسة والمنزل في تنمية التواصل لدى الأطفال الذاتويين.

13 - فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية من خلال التدريب على مهارات الحياة اليومية.

14 - دراسة مقارنة بين الاضطرابات اللغوية لدى الفئات المختلفة للذاتويين ومدى ارتباطها بنسبة الذكاء لديهم.

15 - القلق وعلاقته بالسلوك التكراري لدى الأطفال الذاتويين.

16 - اثر التدخل المبكر في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال الذاتويين.

المراجع

المراجع العربية:

1- ابتسام حامد، وخالد إبراهيم (2001). اضطراب الانتباه عند الأطفال: (التشخيص والعلاج). القاهرة: دار الحضارة.

2- أحمد عكاشة (1998). الطب النفسي المعاصر. طبعة مزيدة منتحة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

3- أحمد نايل، وبلال أحمد (2009). سيكولوجية أطفال التوحد. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

4- أحمد راجح (1995). أصول علم النفس (ط 12). القاهرة: دار المعارف.

5- أحمد الشافعي (2000). إطلالة على علم النفس الفسيولوجي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

6- أحمد اللقانى، وعلى أحمد (2003). معجم المصطلحات التربوية المعرفية في المناهج وطرق التدريس. القاهرة: عالم الكتب.

7- أزهار أمين على (2001). مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الاجترايين، رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات التربوية جامعة القاهرة.

8- أسماء الجبري، ومحمد الديب (1998). سيكولوجية التعاون والتنافس والفردية. القاهرة: عالم الكتب.

9- إسماعيل بدر (1997). مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسي. كلية التربية بجامعة عين شمس. 2، 727-756.

10- السيد عبد العزيز (1999). اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

11- السيد على، وفائقة محمد (1999). اضطراب الانتباه لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

12- السيد السمادونى (1991). مقياس المهارات الاجتماعية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

13- أشرف محمد ، ورحاب محمود (2007). برنامج التفاعل الاجتماعي للأطفال المعوقين عقلياً مفرطي النشاط. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

14- اشواق محمد يس (2007). تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدى، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

15- إلهامي عبد العزيز (2001). الذاتوية لدى الأطفال: مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، معهد الدراسات العليا لطفولة جامعة عين شمس.

16- أمال عبد السميع (2001). تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

17- أم كلثوم عطية (2006). مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

18- أمل حسونة (2007). المهارات الاجتماعية لطفل الروضة. القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

19- اميرة عمر (2007). فاعلية برنامج لتنمية مهارات ارتداء الملابس لدى عينة من الأطفال الذاتويين باستخدام المعينات البصرية، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

20- اميرة عمر حسن (2009). فاعلية التدخل المبكر من خلال العلاج باللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة عين شمس.

21- أنس محمد أحمد (1999) علم نفس التعلم. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

22- أنور الشرقاوى (1992) علم النفس المعرفي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.

23- أيمن أحمد جيرة (1984). دراسة تجريبية في ديناميات الذهان لدى الأطفال، رسالة دكتوارة، كلية الآداب جامعة عين شمس.

24- أيمن فرج (2006). العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

25- برنارد ريملاند، وستيفين أديلسون (2006). تقييم أعراض اضطراب التوحد. (ترجمة عادل عبد الله) القاهرة: دار الرشاد.

26- بروس باكر، وألان برايتمان (2007). الدليل الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة (ط 4). (ترجمة هاني محمد، وجيهان محمود) القاهرة: دار السلام.

27- بيتر سميث (2010). الأطفال واللعب. (ترجمة مصطفي قاسم) القاهرة: المركز القومي للترجمة.

28- جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي (1995). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السابع، القاهرة: دار النهضة العربية.

29- جمال الخطيب (1993). تعديل السلوك: القوانين والإجراءات. الرياض: مطبعة الصفحات الذهبية.

30- جمال الخطيب (1998). الطفل الحاضر الغائب (إطلالة أخرى على التوحد). مجلة العربي. 474، 164- 169

31- جيهان مصطفي (2008). التوحد.... ما هو الحل. القاهرة: دار أخبار اليوم.

32- حسن مصطفي عبد المعطى (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: (الأساليب – التشخيص – العلاج). القاهرة: دار القاهرة للنشر.

33- حياة المجادى (2001). أساليب ومهارات رياض الأطفال. القاهرة: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

34- خالد سعد سيد (2009). فاعلية استخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور (PECS) وبعض التدريبات السلوكية لتنمية الانتباه المشترك واثر ذلك في خفض السلوك الأنسحابى لدى أطفال الروضة التوحديين. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، 15 (1)، 143- 202.

35- خليل ميخائيل (1983). سيكولوجية النمو الطفولة والمراهقة. (ط 2) الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

36- راضى الواقفي (1998). مقدمة في علم النفس. (ط 3)، عمان: دار الشروق.

37- رانيا محمد على (2005). برنامج مقترح لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال مستخدمي الكمبيوتر. رسالة دكتوراه، كلية رياض الأطفال جامعة القاهرة.

38- رانيا محمد قاسم، ودينا إبراهيم عبده (2010). استخدام بعض ألعاب الكمبيوتر في تنمية أساليب ما وراء المعرفة للأطفال المعرضين لخطر صعوبات التعلم في مرحلة الروضة. المؤتمر الدولي الثاني رياض الأطفال في ضوء ثقافة الجودة، كلية رياض الأطفال بجامعة القاهرة.

39- رشدى فام منصور، وأحمد حسين (2001). التيارات الأساسية في علم النفس المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

40- رشاد على عبد العزيز (2002). علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

41- زينب شقير (2002). نداء من الابن المعاق: سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. المجلد الأول، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

42- سعدية بهادر (1992). برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة بين النظرية والتطبيق (ط 2). القاهرة:

43- سعد رياض (2008). الطفل التوحدى: أسرار الطفل التوحدى وكيف نتعامل معه. القاهرة: دار النشر للجامعات.

44- سميح عاطف الزني (1991). معرفة النفس الإنسانية في الكتاب والسنة. مجمع البيان الحديث، المجلد الأول، بيروت: دار الكتاب اللبناني.

46- سهام على عبد الغفار (1999). فاعلية كل من برنامج ارشادى للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة طنطا.

47- سهى أحمد أمين (2001). مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين. رسالة دكتوارة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

48- سهير محمد شاش (2002). التربية الخاصة للمعاقين عقلياً. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

49- صالح عبدالله هارون (2000). دليل مقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم داخل غرفة الدراسة.الرياض: دار الرياض.

50- طريف شوقي (2003). المهارات الاجتماعية والاتصالية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

51- عادل عبد الله (2002 أ). جدوال النشاط المصورة للأطفال التوحديين: سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الرشاد.

52- عادل عبدالله (2002 ب). فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين. سلسلة الإصدارات الخاصة، مجلة بحوث كلية الآداب بجامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، 7، 3-37

53- عادل عبد الله، ومنى خليفة (2002). فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحديين: دراسات تشخصية وبرامجية. القاهرة: دار الرشاد.

54- عادل عبدالله (2005). قصور المهارات قبل الأكاديمية لأطفال الروضة وصعوبات التعلم. القاهرة: دار الرشاد.

55- عادل عبدالله، وسليمان محمد (2005). المهارات الاجتماعية لأطفال الروضة ذوى قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم. المؤتمر السنوي الثاني عشر،مركز الإرشاد النفسي، بجامعة عين شمس.

56- عادل عبدالله (2008). العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، سلسلة غير العاديين. القاهرة: دار الرشاد.

57- عبد الحليم محمد (2004). الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية والمصابين بالتخلف العقلي: دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

58- عبد الحليم السيد، طريف شوقي، وعبد المنعم شحاتة (2004). علم النفس الاجتماعي (ط 2). مكتبة إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

59- عبد الرحمن العيسوى (1994). علم النفس الفسيولوجي: دراسة في تفسير السلوك الانسانى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

60- عبد الرحمن العيسوى (1999). فن الإرشاد والعلاج النفسي. بيروت: دار الراتب الجامعية.

61- عبد الرحمن سيد (2000) محاولة لفهم الذاتوية: إعاقة التوحد عند الأطفال. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

62- عبدالرحمن سيد سليمان (2001). إعاقة التوحد (ط 2). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

63- عبدالرحمن سيد سليمان (2002). إعاقة التوحد (ط 2). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

64- عبدالرحمن سيد سليمان (2004). معجم التفوق العقلي. القاهرة: دار عالم الكتب.

65- عبد الستار إبراهيم، وعبد العزيز الدخيل، ورضوى إبراهيم (1993). العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: عالم المعرفة.

66- عبد الرحمن عدس، ومحيى الدين توق (1998). المدخل إلى علم النفس (ط 5). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

67- عبير المهدي (1998). دراسة لبعض متغيرات التنشئة الوالدية وعلاقتها بالانغلاق النفسي عند الأطفال، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة.

68- عبد اللطيف حسين (2007). تحفيز التعلم. عمان: دار وائل للنشر.

69- عثمان فراج (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

70- عبد العليّ الجسماني (1994). سيكولوجية الأطفال والمراهقين وحقائقها الأساسية. بيروت: الدار العربية للعلوم.

71- عبد العزيز الشخص (2002). برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل في مجال التوحد الطفولى (الأوتوسية) مجلة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (69).

72- عبد العزيز الشخص (2004). تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوى الحاجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الفتح.

73- عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطى (1992). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

74- عصام نور (2004). سيكولوجية التعلم. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

75- عبد المنعم الحفنى (1995). الموسوعة النفسية، علم النفس في حياتنا اليومية. القاهرة: مكتبة مدبولى.

77- عبد المنان ملا معمور (1997). فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، بكلية التربية جامعة عين شمس، 2- 4/ 12

78- عزت الطويل (1995). معالم علم النفس المعاصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

79- عزة عبد الفتاح (1997). تنمية المفاهيم العلمية والرياضية للأطفال. القاهرة: دار قباء.

80- عزة محمد سليمان (2001). فاعلية التعلم العلاجي في تخفيف صعوبات التعلم النمائية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوارة، كلية التربية جامعة عين شمس.

81- على عبد السلام (2001).السلوك التوكيدى والمهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك الانفعالي للغضب بين العاملين والعاملات. مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب،57، 50- 69

82- عمر بن الخطاب (1994). خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على أستخبار ايزنك لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر، 3 (1)، 63-72.

83- علا عبد الباقي إبراهيم (2011). اضطراب التوحد : (الأوتيزم).القاهرة: عالم الكتب.

84- فاروق محمد صادق (1998). الإعاقات العقلية في مجال الأسرة، مراحل الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين. اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة. النشرة الدورية.العدد 52

85- فادية حمام (2003). علم النفس التربوي في ضوء الإسلام. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

86- فاطمة العراقي (2009). ماذا تعرف عن الطفل المتوحد. القاهرة: وكالة الصحافة العربية.

87- فتحي مصطفي الزيات (1995). الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات. القاهرة: دار النشر للجامعات.

88- فتحي مصطفي الزيات (1996). سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطى والمنظور المعرفي. القاهرة: دار النشر للجامعات.

89- فتحي مصطفي الزيات (1998). صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعُلاجية.القاهرة: دار النشر للجامعات.

90- فرج عبد القادر طه (2003). أصول علم النفس الحديث. الرياض: دار الزهراء.

91- فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفي كامل (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الكويت: دار سعاد الصباح.

92- فضيلة الراوي، وأمال حماد (1999). التوحد الإعاقة الغامضة. قطر: مؤسسة حسن على.

93- فوزي محمد جبل (2001). علم النفس العام. بدون بلد نشر: المكتب الجامعي الحديث.

94- كمال دسوقي (1988). ذخيرة تعريفات مصطلحات أعلام علوم النفس. المجلد الأول، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

95- كمال الدسوقي (1990). ذخيرة علوم النفس. المجلد الثاني، القاهرة: مطابع الأهرام التجارية.

96- لويس كامل مليكه (1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية.القاهرة: دار النهضة العربية.

97- لورنا وينج (1994). الأطفال التوحديون (ترجمة هناء المسلم).الكويت: الناشر المترجم.

99- ماجد عمارة (1999). دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسيا، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة.

100- ماجد عمارة (2005). إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

101- محمد إسماعيل عبد المقصود (1995). فاعلية استراتيجيات متكاملة في تعليم بعض المهارات الاجتماعية. مستقبل البشرية العربية (ط 3). القاهرة: دار الفكر العربي.

102- محمد إسماعيل (1995). الطفل من الحمل إلى الرشد: السنوات التكوينية (0- 6). الجزء الأول. (ط 2) الكويت: دار القلم.

103- مجدي أحمد محمد (1996). السلوك الاجتماعي وديناميـاته: محاولة تفسيرية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

104- محمد إبراهيم (2003). الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات. القاهرة: دار الفكر العربي.

105- محمد السيد، ومنى خليفة (2004). دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدى. القاهرة: دار الفكر العربي.

106- محمد السيد عبد الرحمن (1998). اختبار المهارات الاجتماعية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

107- محمد الحسيني عبد الفتاح (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالذاتوية. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة بنها.

108- محمد الشيخ (1985). وحدة تكامل المعاملة الأسرية وعلاقتها بالتوافق النفسي للآباء. مجلة معوقات الطفولة بكلية التربية جامعة الأزهر، 4، 138- 157.

109- محمد خطاب (2005). سيكولوجية الطفل التوحدى. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

110- محمد خطاب (2004). فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوارة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

111- محمد خطاب، وأحمد عبد الكريم (2008). تعليم الطفل بطيء التعلم. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

112- محمد شحيمى (1994). دور علم النفس في الحياة المدرسية. بيروت: دار الفكر اللبناني.

113- محمد على كامل (2003). الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

114- محمد على كامل (2005). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. القاهرة: مكتبة ابن سينا.

115- محمد قاسم عبد الله (2001).الطفل التوحدى أو الذاتوى (الانطواء حول الذات ومعالجتة). القاهرة: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

116- محمد نجاتي (1995) علم النفس والحياة: مدخل إلى علم النفس وتطبيقاتة في الحياة. الكويت: دار القلم.

117- محمد يوسف محمد (2009). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه التواصلي لدى الأطفال التوحديين. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، 15 (2)، 107- 149.

118- منصور الشافعي (2001). التيارات الأساسية في علم النفس المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

119- منيرة أحمد (1996). التفاعل الاجتماعي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

120- ميادة محمد (2006). فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي للمعاقين عقلياً بأعراض داون القابلين للتعلم. رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

121- نادية إبراهيم أبو السعود (2000). الطفل التوحدى في الأسرة. القاهرة: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

122- نادية إبراهيم أبو السعود (2002). فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية العواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

123- ناجى مرشد (2003). فعالية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الخجل لدى الأطفال. مجلة كلية التربية بالزقازيق، 45، 82 - 93.

124- نبيل حافظ (2000). صعوبات التعلم والتعلم العلاجي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

125- نبيل حافظ، عبد الرحمن سليمان، وسميرة شند (1997). مقدمة في علم النفس الاجتماعي.القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

126- نسرين على ماهر (2005). دراسة بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى إخوة الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

127- نشوى عبد الحليم عبد اللطيف (2004). فعالية برنامج تدريبي قائم على التعلم بالأنموذج في تنمية بعض من المهارات الاجتماعية لدى طفل الأوتيزم. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة المنوفية.

128- نيرمين بنت عبدالرحمن (2006). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لأطفال التوحد. رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة أم القرى.

129- هالة فؤاد كمال (2001). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

130- هاني سيد (2005). علاقة التوافق الزواجى وسمات الشخصية لدى والدي الطفل الذاتوى بمدى تقدم الطفل في البرامج التدريبية. رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

131- هشام عبد الرحمن الخولى (2008). الأوتيزم/ الايجابية الصامتة: استراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم. بنها الجديدة: دار المصطفي للطباعة.

132- هشام عبد الرحمن الخولى (2011). الأوتيزم الخطر الصامت/ الايجابية الصامتة. بحث مقدم للمؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية. كلية التربية بجامعة بنها. 17- 18 / 7.

133- هدى أمين (1999). الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الذاتوية). رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة عين شمس.

134- هدى الناشف (2003). تصميم البرامج التعليمية لأطفال ما قبل المدرسة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

135- هدى قناوى (1995) الطفل وألعاب الروضة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

136- وفاء على الشامي (2004). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. سلسلة التوحد، الكتاب الثالث، جدة: مركز جدة للتوحد، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

137- وليد السيد خليفة، ومراد على عيسى (2007). كيف يتعلم المخ ذو الاضطرابات السلوكية والوجدانية. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

138- وليام كرين (1996). نظريات النمو: مفاهيم وتطبيقات. (ترجمة محمد الأنصارى)،الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة.

139- يوسف قطامي (2000) نمو الطفل المعرفي واللغوي. عمان: الأهلية للنشر والتوزيع.

المراجع باللغه الأجنبيه

140-Aarons M & Gittens T. (1999) .The Handbook of Autism: A guide for Parents and Professionals. (2nd ed) .London and New York: Routledge.

141- Alan E. (2000) .Social skills training. In Encyclopedia of Psychology (7, 370-371) . Oxford: Oxford, University Press.

142-Anderson D. (1998) Inhibition in visual selective attention: Evidence from normal development and autism. Dissertation Abstracts International, 59, 1400A

143-Anderson M. (1999) The Development of Intelligence. London: Taylor & Group.

144-Ball J. (1996) Increasing social interactions of preschoolers with autism through relationships with typically developing peers. Practicum Report, Nova Southeastern, University US, Florida.

145-Bauminger N. (2002) .The facilitation of social emotional understanding and social interaction in high functioning children with autism: Intervention outcomes. Journal of Autism & Developmental Disorders, 32 (4), 283- 298.

146-Bellini S. (2006) The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. Focus on Autism and other Development Disabilities, 21 (3), 138- 145.

147-Bildt A, Serra M, Luteijn E, Kraijer D, Sytema S & Minderaa R. (2005) Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. Journal of Intellectual Disability Research, 49 (5), 317-328.

148-British Columbia. (2000) Teaching Students with Autism: A resource Guide for Schools. British Columbia: Ministry of Education..

149-Burack J (1994) Selective attention deficits in persons with autism: Preliminary evidence of an inefficient attentional lens. Journal of Abnormal Psychology, 103 (3), 535-543.

150-Buitelaar J, Engeland H & Dekogel k. (1991) .Differances in the structure of social behavior of autistic children and nonautistic retarded controls. Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Disciplines, 36 (6), 995 -1015.

151-Campbell M, Anderson L, Small A & Adams P. (1993) .Naltrexone in autistic children: Behavior symptoms and attentional learning. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32 (6), 1283 -1291.
152-Casey B, Gordon C, Mannheim G, & Rumsey J. (1993) .Dysfunctional attention in autistic savants. Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology, 15 (6), 933 – 946.
153-Caurchesne E, Townsend J, Akshoomoff N & Saitoh O. (1994) .Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patients. Behavioral Neuroscience, 108 (5), 848 - 865.
154-Carson R, Butcher J & Mineka S. (2000) Abnormal Psychology and Modern Life. (11th ed) Boston: Allyn & Bacom.
155-Carpenter M, Pennington B & Rogers S. (2002) Interrelations among social cognitive skills in young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32 (2), 91 -106.
156-Carolyn S, Sarah G & Michael F. (2004) .Scheme to promote social attention and functional language in young children with communication difficulties and autistic spectrum disorder. Education Psychology in Practice , 20 (4), 320-333.
157-Cannon N. (2006) .The effects of floortime communication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism. MD, Miami University, Faculty Miami University, Oxford, OH.
158-Chawarska K, Klin A & Volkmar F. (2003) Automatic attention cueing through eye movement in 2-year old children with autism. Child Development, 74 (4), 1108- 11022.
159-Ciesielski K, Knight J, Prince R & Harris R. (1995) .Event related potential in cross modal divided attention in autism. Neuropsychologia, 33 (2), 225-246.
160-Ciesielski K, Courchesne E & Elmasian R. (1990) .Effects of focused selective attention tasks on event related potentials in autistic and normal individuals. Electroencephalography & Clinical Neurophysiology, 75 (3), 207-220.
161-Comer R. (1995) Abnormal Psychology. (2nd ed) New York: Freeman & Company.
162-Corsini R. (1999) The Dictionary of Psychology. Philadelphia: Brunner Mazel

163-Cohen J. (2001) Caring Classrooms - Intelligent Schools: The social Emotional Education of Young Children. New York: College Press.
164-Colman A. (2003) .A Dictionary of Psychology. New York: Oxford University Press
165-Dawson G & Geraldine L. (1990) .Mothers use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in young autistic children. Development Psychology & Psychopathology, 2 (2), 151-162.
166-David L & Martin E. (1995) Abnormal Psychology. (3rd ed) . New York: Norton & Company.
167-Dennis S, kurita H, MiyakaY & Katsuno K. (1999) Psychiatric disorder among children with tuberous sclerosis. Journal of Developmental Medicine & Child Neurology, 29 (2), 320-335.
168-Dodd S. (2005) Understanding Autism, Sydney: Elsevier
169-Eisler R. (1980).Perfecting Social Skills: A Guide to Interpersonal Behavior Development. New York: Plenum Press.
170-Etkin S, Lenker D & Mills E. (2005) .Professional Guide to Diseases (8th ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
171-Factor D & Schilmoeller G. (1983) Social skills training of preschool children. Child Study Journal 13 (1), 41-56
172-Fernanedez E. (1997) Attention shifting in young children with autism an ecological validation study (Down Syndrome). Dissertation Abstracts International, 58, 4472 B
173-Findlay J & Stanton E. (2008) .Young adults with autism spectrum disorder show attention to eye-gaze. Autism Development Disorder, 38, 1785-1793.
174-Garretson H, Fein D & Waterheart L. (1990) Sustained attention in children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders, 20 (1), 101- 114
175-Gerald M & Perales F. (2003) .Using relation - focused intervention to enhance the social emotional functioning of young children with autism. http: //tec.sagepub.com/content/23/2/74.abstract
176-Gillberg I, Gillberg C & Ahlsen P. (1994) .Autism behavior and attention deficits in tuberous sclerosis population. Developmental Medicine & Child Neurology, 36 (1),50-56.
177-Gillberg C & Coleman M. (2000) .The Biology of the Autistic Syndromes. (3rd ed) London: Mac Keith Press.
178-Gonzalez A L & Kamps. (1997) .Social skills training to increase social interaction between children with autism and their typical peers.
http: //foa.sagepub.com/content/12/1/2.short

179-Goldstein G, Johnson R & Minshew N. (2001) .Attentional processes in autism. Journal of Autism & Developmental Disorders. 31 (4), 433-440.
180-Goldstein H & Thieman K. (2000) .Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive developmental disorders Special Education Programs (ED/OSERS) Washington, DC.
181-Greenway C. (2000) Autism and Asperger syndrome: Strategies to promote prosocial behaviours. Educational Psychology in Practice, 16 (3), 469- 486.
182-Herbert M. (1998) .Clinical Child Psychology: Social Learning, Development and Behavior. (2nd ed) New York: Wiley & Sons.
183-Hill E. (2004) .Autism: Mind and Brain. New York: Oxford University Press.
184-Howlin P & Yule W. (1990) .Taxonomy of Major Disorders in Childhood: Handbook of Developmental Psychopathology. (in M.Lewis & S.Miller, Eds) . New York & London: Plenum Press.
185-Ian H & Constance L. (1992) .Psychological Aspects of Depression. England: John Wiley & Sons Ltd.
186-Jahnke J & Nowaczyk R . (1998) .Cognition. New Jersey: Prentice Hall Inc.
187-Joseph R & Targer F. (1997) .An investigation of attention and effect in children with autism and down syndrome. Journal of Autism & Developmental Disorders, 27 (4), 385- 396
188-Kasari C, Sigman M, Mundy P & Yirmiya N. (1993) Focused and social attention of autistic children in interaction with familiar and unfamiliar adults: A comparison of autistic mentally retarded and normal children. Development & Psychopathology, 5 (3), 403- 414.
189-Kirk S, Anastasiow N & James J. (1993) .Educating Exceptional Children. (7th ed) Houghto Mifflin Company: Boston Toronto.
190-Kogel R & William F. (1993) Treatment of social behavior in autism through the modification of social skills. Journal of Applied Behavior Analysis, 26 (3), 669- 773.
191-Landry O, Mitchell P & Burack J. (2009) .Orienting of visual attention among persons with autism spectrum disorders: Reading versus responding to symbolic cues. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 50 (7), 862-870.

192-Lewy A & Dawson G. (1992) .The effects of social stimulation and joint attention deficits in young autistic children. Journal of Abnormal Child Psychology, 20 (6), 555-566

193-Leekam S, Baron C, Perrett D, Milders M & Brown S. (1997) Eye direction detection: A dissociation between geometric and joint attention skills in autism. British Journal of Developmental Psychology, 15 (1), 77-95.

194-Leekam S, Lopez B & Moore C. (2000) Attentíon and joint attention in preschool children with autism. British Journal of Developmental Psychology, 36 (2), 261- 273.

195-Lord C & Pickles A. (1996) Language level and nonverbal social communicative behaviors in autistic and language delayed children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35 (11), 1542 – 1550.

196-Lynn P. (1996) .The assessment and treatment of social behaviors in autism: Towards an naturalistic approach (attention) . Dissertation Abstracts International, 57, 4020B

197-Martindale C. (1991) .Cognitive Psychology: A Neutral Network Approach. California: Books Cole Publishing Company.

198-Mancil G. (2007) .Effects of a modified milieu therapy intervention on the social communicative behaviors of young children with autism spectrum disorders. Journal of Autism & Developmental Disorders, 39 (1), 149 – 162.

199-Mcevoy R, Rogers S & Pennington B. (1993) . Executive function and social communication deficits in young autistic children. Journal of Child Psychology , Psychiatry & Allied Disciplines, 34 (4), 563-578.

200-Mcarthur D & Adamson B. (1996) .Joint attention in proverbial children: Autism and developmental language disorders. Journal of Autism & Developmental Disorders. 26 (5), 481- 496.

201-Merrell K. (2001) . Assessment of children social skills: Rent development best practices. Exceptional Children. 9 (1), 3- 16

202-Mundy P, Sigman M & Kasari C. (1990) .A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. Journal of Autism & Developmental Disorders, 20 (1), 115 – 128.

203-Mundy P, Sigman M & Kasari C. (1994) . Joint attention developmental level and symptom presentation in autism. Development & Psychopathology, 6 (3), 389- 401.

204-Myers D. (1996) .Exploring Psychology. (3rd ed) New York: Worth Publishers.

205-National Education Association. (2006) . The Puzzle of Autism. Washington: NEA Professional Library.
206-Ohbuchi T & Takahashi S. (1994) .Cultural styles of conflict management in Japanese and Americans. Journal of Applied Social Psychology, 24 (15), 1345- 1366
207- Parmelee D. (1996) .Child and Adolescent Psychiatry. Boston: Mosby Year Book Inc.
208-Patterson M. (1996) .Joint attention: Gaze and point following behavior of preschool children with autism. Dissertation Abstracts International, 58, 2660B.
209-Patricia M, Wallace J & Goldstein A. (1997) .An Introduction to Psychology. (4th ed) . London: Brown & Benchmark.
210-Pelphrey K & Perlman S. (2008) .Charting Brain Mechanisms for the Development of Social Cognition. Cambridge : University Press.
211-Pierce K & Schreibman L. (1995) .Increasing complex social behaviors in children with autism effects of peer implemented pivotal response training. Journal of Applied Behavior Analysis, 28 (3), 285- 295.
212-Pierce K, Glad K & Schreibman L. (1997) .Social perception in children with autism: An attention deficit. Journal of Autism & Developmental Disorders, 27 (3), 265-282.
213-Prior M & Ozonoff S. (1998) .Psychological Factors in Autism: Autism and Pervasive Developmental Disorders. Cambridge: Cambridge University Press.
214-Prizant B, Wetherby A, Rubin E & C.Laurant A. (2003) .The Social communication emotional regulation transactional support model: A transactional family-centered approach to enhance communication and sociemotional abilities of children with autism spectrum disorder. Infants and Young Children, 16 (4) , 296- 316.
215-Reginald L & Bryson S. (2004) .Impaired disengagement of attention in young children with autism. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 45 (6), 1115-1122.
216-Reitman R. (2005) .Effectiveness of music therapy interventions on joint attention in children diagnosed with autism: A pilot Study. Dissertation Abstracts International. 66, 6315 B
217-Rinehart N, Bradshaw J, Moss S, Bereton A & Tonge B. (2001) .A deficit in shifting attention present in high function autism but not asperger's disorder. Sage Publication Autism, 5 (1), 67-80

218-Rosenhan D & Seligman M. (1995) .Abnormal Psychology. (3rd ed) New York: W W.Norton & Company.
219-Ruple L. (2001) .Analysis of social interaction as goal directed behaviors in children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders, 31 (5), 471- 482.
220-Sinzig J, Bruning N, Morsch D, & Lahmkuhl L. (2008) . Attention profiles in autistic children with and without co morbid hyperactivity and attention problems. Neuropsychiatry, 20, 227-275.
221-Siegel B. (1996) .The World of the Autistic Child: Understanding and Treating Autistic Spectrum Disorders. New York: Oxford University Press.
222-Singer H. (1997) .Relationship behavior degree of neuroanatomic abnormality and visual orienting deficits in young children with autism (attention-cerebellum) . Dissertation Abstracts International, 57, 5661B
223-Sigman M. (1998) .Change and continuity in the development of children with autism. Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Disciplines, 27 (5), 87- 100
224-Spence S. (1991) .Development in the assessment of social skills and social competence in children. Behavior Change, 8 (4), 148-166
225-Sternberg J. (1999) .Cognitive Psychology. (2nd ed) New York: Harcourt Brace College Publishers.
226-Steedly K, Schwartz A, Levin M & Luke S. (2008) .Social skills and academic achievement. Evidence for Education, 3 (2), 1- 8
227-Swettenham J, Baron C, Cox A, Baird G, Drew A & Rees I. (1998) .The frequency and distribution of spontaneous attention shifts between social and nonsocial stimuli in autistic typically developing and non-autistic developmentally delayed infants. Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Disciplines, 39 (5), 747- 753
228-Townsend J, Harris N & Courchesne E. (1996) . Visual attention abnormalities in autism: Delayed orienting to location. Journal of the International Neuropsychological Society, 8 (3), 563 -584
229-Tsao L & Odom S. (2006) .Sibling-mediated social intervention for young children with autism. Topics in Early Childhood Special Education, 26 (2), 106- 123
230-Volkmar F. (1998) .Autism and Pervasive Developmental Disorders. Cambridge: Cambridge University Press.
231-Ward K. (1996) .Facial expression imitation play orienting and joint attention in autistic children: Assessing the meta representation theory of autism. Dissertation Abstracts International, 57, 7218B

232-Whalen C. (2001) Joint attention training for children with autism and the collateral effects on language, play, imitation, and social behaviors. Dissertation Abstracts International. 61, 6122 B

233-Whalen C & Schreibman L. (2003) .Joint attention training for children with autism using behavior modification procedures. Journal of Child Psychology, Psychiatry & Allied Disciplines, 44 (3), 456- 468

234-Whalen C, Schreibman L & Ingersoll. (2006) .Collateral effects of joint attention training on social initiations, positive affect, imitation, and spontaneous speech for young children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders, 36 (5), 655- 664

235-Willson G, Nathan P, Oleary K & Clark L, (1996) .Abnormal Psychology Integrating Perspectives. Boston: Allen, Bacon, Asimon & Schuster Company.

236-Winner M. (2002) . Assessment of social skills for students with asperger syndrome and high functioning autism. Assessment for Effective Intervention. 27, 73- 80

237-Woodbury P. (1996) . Students with autism a light- sound technology intervention. Dissertation Abstracts International. 57, 4651 A

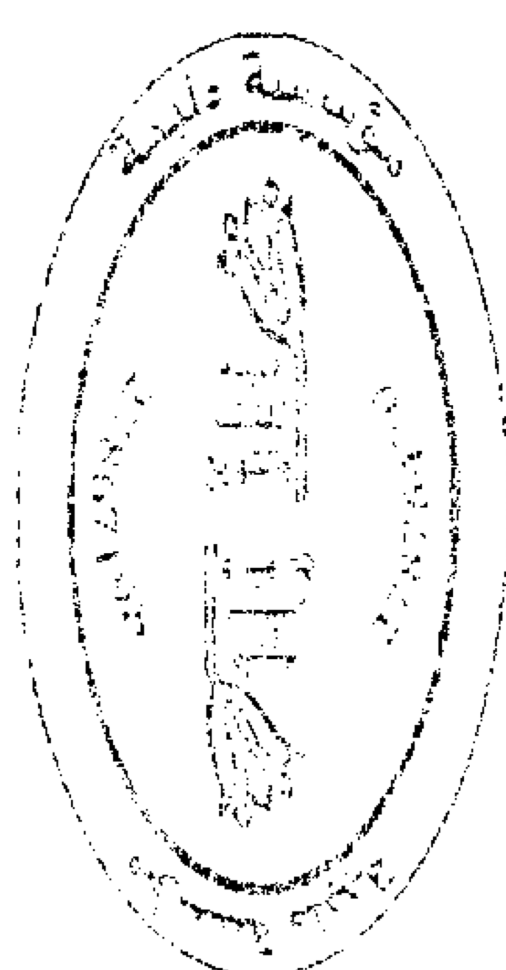
238-Yamamoto J, Kakutani A & Terada M. (2001) .Establishing joint visual attention and pointing in autistic children with no functional language. Perceptual and Motor Skills. 3 (92) , 755-770.

الفهرس

الموضوع	رقم الصفحه
مقدمة:..............................	5
الفصل الاول "مدخل إلى الدراسة":..............................	7
أولاً " مقدمة":..............................	8
ثانياً "مشكلة الدراسة":..............................	13
ثالثاً "أهداف الدراسة":..............................	14
رابعاً "أهمية الدراسة":..............................	15
خامساً "مصطلحات الدراسة":..............................	16
سادسا "حدود الدراسة":..............................	17
سابعاً "أدوات الدراسة":..............................	18
الفصل الثاني "الجوانب النظرية أولاً: الذاتوية":..............................	21
تمهيد:..............................	22
نظره تاريخية:..............................	22
تعريف الذاتوية:..............................	24
تعريف الطفل الذاتوى:..............................	28
معدل انتشار الذاتوية:..............................	29
الأعراض المميزة للطفل الذاتوى:..............................	31
خصائص الأطفال الذاتويين:..............................	33
أسباب حدوث الذاتوية:..............................	45
تشخيص الذاتوية:..............................	50
العلاج:..............................	62
ثانياً "الانتباه":..............................	78

الموضوع	رقم الصفحه
تعريف الانتباه:............	79
مراحل نمو القدرة على الانتباه:............	82
طبيعة الانتباه:............	83
خصائص الانتباه:............	85
معوقات الانتباه:............	86
أنواع الانتباه:............	88
العوامل التي تؤثر في الانتباه:............	89
المظاهر الفسيولوجية للانتباه:............	94
النماذج والنظريات المفسرة للانتباه:............	95
الذاتوية واضطراب الانتباه:............	100
ثالثاً "المهارات الاجتماعية":............	103
تمهيد:............	103
تعريف المهارات الاجتماعية:............	103
أهمية المهارات الاجتماعية:............	108
مظاهر قصور المهارات الاجتماعية:............	111
مكونات المهارات الاجتماعية:............	111
تكوين المهارات الاجتماعية:............	112
أسس اكتساب المهارات الاجتماعية:............	113
أساليب تعلم المهارات الاجتماعية:............	113
العوامل التى تسهم فى تشكيل المهارات الاجتماعية:............	115
قياس المهارات الاجتماعية:............	117
تصنيفات المهارات الاجتماعية:............	119

الموضوع	رقم الصفحه
النظريات المفسرة للمهارات الاجتماعية:........................	121
المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين:....................	123
الفصل الثالث الدراسات السابقة:................................	133
دراسات تناولت اضطراب الانتباه لدى الأطفال الذاتويين:..........	135
دراسات تناولت المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين:........	159
تعقيب عام على الدراسات السابقة:..............................	170
فروض الدراسة:..	174
الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها:........................	177
أولاً "منهج الدراسة":..	178
ثانياً "عينة الدراسة وخصائصها":................................	178
ثالثاً "خطوات الجانب التجريبي":................................	184
رابعاً "أدوات الدراسة ومواصفاتها":.............................	185
خامساً "الأساليب الإحصائية":...................................	212
الفصل الخامس" نتائج الدراسة ومناقشتها":........................	213
نتائج الدراسة و مناقشتها:......................................	214
مناقشة وتفسير النتائج: :.......................................	215
التوصيات:..	253
البحوث المقترحة:...	255
أولا: المراجع العربية:..	257
ثانيا: المراجع الأجنبية:..	271
الفهرس:..	279





يعد اضطرب الذاتوية (Autism) من أشد الاضطرابات النمائية صعوبة حـــيث أنه يؤثر على شخصية الطفل بأسرها عقليا واجتماعيا وانفعاليا.

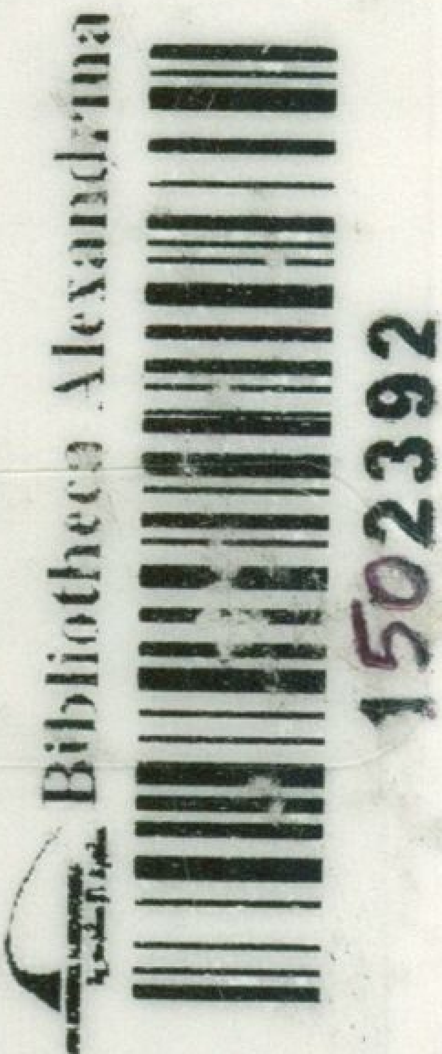
فنجد الطفل يواجه العديد من المشكلات ولعل أبرزها مشكلة الانتباه والتي تظهر في نقص استمرار الانتباه، فنجد الطفل لا يستطيع التواصل بالعين عندما يحدثه شخص أخر، كما يجد صعوبة في تحويل انتباهه من مثير إلى اخر، ولا يستطيع غالبية الأطفال الذاتويين معالجة وتكامل المعلومات من خلال الانتباه لمصادر مختلفة في وقت واحد.

ولهذا نجـد أن الاهتمام بتحسين الانتباه لدى الأطفال الذاتويين يجب أن يـكون في المرتبة الأولى في برامج التدخل العلاجي انطلاقا من أن كل السلوكيات التي تصدر عن الطفل تقوم في جـوهرها على مدى انتباه الطـفل.حيث أنه بتنمية الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ينتج عنه تغيرات إيجابية في مختلف المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الاطفال، لهذا فـقد اشتمل هذا الكتاب على برنامج سلوكى لتنمية الانتباه وبعض المهارت الاجتماعية لدى الاطفال الذاتويين بالاضافة إلى عـرض لبعض حالات الذاتوية قـبل أجراء البرنامج وبعده للتأكد من مدى فاعلية البرنامج فى تقدم هؤلاء الأطفال، الأمر الذى يفيد أولياء الأمور والعاملين فى مجال الذاتوية.

ويكشف الكتاب أيضا عن مـــاهية الذاتوية واسبابها واعراضها والعلامات المبكرة لها وتشخيصها والفرق بين اضطراب الذاتوية والاضطرابات النمائـيـة الاخرى، وكذلك يعرض خـصائص الأطفال الذاتويين، وكيفية علاجهم.

ومن هذا المنطلق يحتاج كل افراد المجتمع – وخاصة المتخصصين وأولياء الأمور أن يبادروا بفهم هذه الفئة فهما جـيدا قائما على البحث العلمي، لأن هذه الفئة أصبحت غير قليلة وتحتاج إلى رعاية خاصة قائمة على العلم والدراسة.

ونسأل الله العلي القدير أن يكون هذا العمل له الفائدة الحقيقية لكل من يريد التزود بالمعرفة الاكاديمية والعملية في التعامل مع الأطفال الذاتويين.




مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
7علام حسين - ميدان الظاهر - القاهرة
ت: 27876470-27867198 ف: 27876471(00202)
محمول: 01091848808-01112155522-01006242622
Email : tiba_online@hotmail.com
tiba_online@yahoo.com